

Premiers pas en psychothérapie

Petit manuel du thérapeute

Chez le même éditeur

Applications en thérapie familiale systémique, par K. Albernhe, Th. Albernhe. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 3^e édition, 352 pages.

Évaluation du potentiel suicidaire, par S.C. Shea. 2008, 352 pages.

Introduction à la psychopathologie, par A. Braconnier et al. Collection « Les Ages de la vie ». 2006, 352 pages.

La conduite de l'entretien psychiatrique, par S.C. Shea. 2005, 752 pages.

Les personnalités pathologiques, par Q. Debray, D. Nollet. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2009, 240 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, Th. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

Manuel de psychiatrie, coordonné par J.-D. Guelfi, F. Rouillon. 2007, 816 pages.

Psychothérapie cognitive de la dépression, par I.M. Blackburn, J. Cottraux. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2008, 3^e édition, 248 pages.

Psychothérapies cognitives de la personnalité, par J. Cottraux, I.M. Blackburn. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2006, 2^e édition, 320 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2^e édition, 224 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

Traitement du trouble de la personnalité borderline. Thérapie cognitive émotionnelle, par F. Mehran. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2006, 296 pages.

Traitements psychologiques des troubles bipolaires, par F. Ferrero, J.-M. Aubry. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2009, 296 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Premiers pas en psychothérapie

Petit manuel du psychothérapeute

Laurent Schmitt

Avec la collaboration de

Anik Sagodi, Julie Rieu, Nicolas Velut, Éric Bui

Illustrations de Jean-Bernard Boulnois



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-224-71001-8

AUTEUR

Laurent Schmitt, professeur de psychiatrie, chef de service, faculté de médecine de Rangueil à l'université Paul-Sabatier de Toulouse.

COLLABORATEURS

Éric Bui, chef de clinique assistant des hôpitaux, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Julie Rieu, chef de clinique assistante des hôpitaux, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Aniko Sagodi, praticien hospitalier adjoint, service de psychiatrie, psychothérapie et art-thérapie de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Nicolas Velut, psychiatre, psychothérapeute, unité de souffrance psychosociale, pôle de psychiatrie des hôpitaux de Toulouse, Toulouse.

AUTEUR

Laurent Schmitt, professeur de psychiatrie, chef de service, faculté de médecine de Rangueil à l'université Paul-Sabatier de Toulouse.

COLLABORATEURS

Éric Bui, chef de clinique assistant des hôpitaux, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Julie Rieu, chef de clinique assistante des hôpitaux, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Aniko Sagodi, praticien hospitalier adjoint, service de psychiatrie, psychothérapie et art-thérapie de Toulouse, hôpital de Purpan-Casselardit, Toulouse.

Nicolas Velut, psychiatre, psychothérapeute, unité de souffrance psychosociale, pôle de psychiatrie des hôpitaux de Toulouse, Toulouse.

REMERCIEMENTS

À une brillante équipe de jeunes psychiatres en formation, passionnés et talentueux, membres du tutorat psychiatrique toulousain, dont : Benjamin Bousquet, Luc Ciabrini, Sylvain Dupouy, Aimie Gilbert, Véronique Panis, Lauriane Schreck, Céline Speicher, Élodie Vedrenne.
« Merci pour les commentaires critiques, les éclaircissements, les suggestions et le plein d'idées... ».

Meis et amicis

À Anne, Maxime et Alice

PRÉFACE

Lorsqu'on me demande d'indiquer quel livre pourrait convenir à un enseignement de psychothérapie pour débutants ou de choisir un texte qui serait susceptible de guider les premiers pas de ces derniers dans le monde de la relation thérapeutique, je suis bien embarrassé. Avoir à se prononcer sur de pareilles questions est excessivement difficile et j'avoue sans vergogne que dans le passé il m'est même arrivé de vouloir persuader mes interlocuteurs d'abandonner ce type de recherches et de se fier exclusivement aux résultats de la discussion clinique et de la supervision d'entretien. Dans ce domaine, les ouvrages valables se comptent sur les doigts d'une main et, encore que peu nombreux, ces travaux ne sont pas toujours de nature à satisfaire celui qui chercherait à s'en servir pour encadrer son élève en matière de voies, instruments et opportunités de la psychothérapie. Parfois, ces livres ne sont pas du tout conçus comme des manuels, et n'offrent donc aucune présentation systématique des problèmes en présence. Ailleurs, ils sont bien trop acquis à un certain parti pris technique et ne peuvent donc plaire qu'à des convaincus d'avance. Le plus souvent, guider les premiers pas du psychothérapeute reste un propos secondaire. L'objectif principal porte sur la formation du thérapeute comme personne, l'acquisition des compétences nécessaires à l'entretien psychiatrique, la psychothérapie pour le médecin généraliste, ou l'étudiant en médecine, les bases théoriques de la psychothérapie et de la technique de la psychothérapie, la comparaison des grandes écoles de psychothérapie et de leurs techniques de travail respectives, l'identification des ingrédients et des structures de la psychothérapie.

À la longue, j'ai cependant compris que les demandes mentionnées plus haut correspondaient en réalité à une attente justifiée et que le besoin d'un support à l'enseignement de la psychothérapie devait être mieux satisfait, compte tenu, entre autres, du nouveau profil culturel des personnes intéressées par cette approche et ce type de traitement. Certes, un besoin trop prononcé de ce type d'aide confine parfois à l'ambivalence. Mais ne pas donner une réponse adéquate à cet appel, conduit, dans un monde qui a désormais un manuel pour tout, à présenter une image négative de la psychothérapie et à faciliter l'évitement ou l'abandon prématuré de la formation à ce type de traitement. Il faut aussi se soucier des familles et des proches qui manifestent le désir de se documenter avant de participer aux décisions thérapeutiques. J'ai donc fini, moi aussi, par éprouver un sentiment de frustration face à la pauvreté des moyens à ma disposition. C'est pourquoi la question de

comment guider les premiers pas en psychothérapie est devenue très importante. Trouver une réponse valable à cette interrogation doit être considéré comme un enjeu concernant la santé mentale, l'enseignement pré- et post-gradué et la pratique clinique courante. Toutefois, peu de bons psychothérapeutes savent envisager ce problème. *Quem Dii odere paedagogum fecere*¹ est un vieil adage. Il convient tout particulièrement pour illustrer l'attitude sévissant tout autour de nous et qui stigmatise à tort, tout ce qui ne relève pas du manuel ultra spécialisé ou de l'interprétation géniale, comme des généralités parfaitement soporifiques.

Une grande partie de l'intérêt de cet ouvrage tient au choix de se centrer, en accord avec les dernières orientations de la didactique médicale, sur les problèmes et non pas sur les diagnostics ou les configurations psychopathologiques. Un bon équilibre a été réalisé entre les parties consacrées, respectivement à la mise en place des conditions de la psychothérapie et aux problèmes relationnels « transversaux » et la partie centrale qui porte sur les modalités d'approche et traitement des différents aspects de la demande du patient. Au risque de trahir le point de vue de Laurent Schmitt et de ses collaborateurs, je m'avance à affirmer qu'une des qualités de ce livre réside dans la modernité de son regard sur le patient et sa maladie mentale. La représentation de l'humain souffrant depuis la rencontre avec la foule des consultants qui s'adresse à nos soins dans le cadre de l'hôpital général oriente la psychothérapie du quotidien. Enfin, la recette de ce livre inclut, me semble-t-il, un ingrédient secret dont le lecteur, enseignant ou non, devra tenir compte. Il s'agit de la connaissance des choses de la vie et de la psychothérapie qui résulte d'une longue et savante pratique du narcissisme d'autrui. D'une certaine façon, ce livre fait le tour des situations qui nous font d'abord dresser l'oreille, puis prendre le temps de prêter attention à l'insolite ou au surprenant pour en savoir plus, et enfin nous occuper de ce que nous avons repéré dans la fracture du discours. Mais tout est dans le comment ce qui se donne à voir dans cette fracture est vu, dit et partagé... Il s'agit pourtant de toutes ces choses qui troublent, obsèdent ou ébranlent tout le temps et que toute personne *normale* écarte automatiquement de son chemin. J'aimerais souligner que, au delà d'un sens rare de la formule, ce texte transmet son message avec doigté et sérénité, là ou d'autres voudraient nous amener de force contre vents et marées ou nous obliger à résider en vertu d'une capacité de démonstration qui fige tout. Au niveau de la qualité psychothérapeutique de cet écrit, on voit à l'œuvre la qualité inimitable de la personnalité de son auteur principal qui mérite d'être saluée et reconnue. En conclusion, ce livre va faciliter les premiers pas en psychothérapie d'un débutant motivé, mais saura

1. « Ceux que les dieux haïssent, ils les font pédagogues ».

également parler à tout le monde de ce qui relève de l'intime et de l'expérience intersubjective au niveau de la maladie et de son traitement.

Je ne peux résister à la tentation de profiter de cette préface pour ajouter mon grain de sel au thème de cette publication. Les fondamentaux de la psychothérapie sont, toutes méthodes confondues, les qualités de la relation dont on peut, ou pas, se prévaloir dans l'art de la rencontre avec autrui. Faire bon usage de ces ingrédients suppose toutefois de suspendre l'interrogation automatique et inlassable sur le pourquoi de son existence et de s'accorder le plaisir de résider chez soi sans trop penser aux raisons de son propre être virtuel d'être humain. Être psychothérapeute, c'est, en d'autres mots, résider dans un humain vivant et parlant, s'y tenir sans plus, c'est-à-dire en étant installé aussi confortablement que possible dans les vicissitudes ordinaires et quotidiennes de sa vie de sujet. Voici donc un sujet qui a perdu l'S majuscule dont l'avaient affublé les philosophes sans relever pour autant davantage des lois de la nature. Un sujet qui rejoint finalement les vicissitudes de nos propres vies à tous. Soudain, notre patient réel, son commerce avec la vie et la maladie s'extraient des paradigmes et autres idéaux fourvoyant la connaissance. À l'instar de la lecture de ce livre, cela nous permet (enfin !...) de considérer la nébuleuse de sentiments, fantasmes, cognitions, communications qui glissent tout le temps leurs paradoxes entre les invariants épidémiologiques des populations, les particularités psychosociales du patient et les vulnérabilités d'une biologie plus ou moins prédéterminée. Et nous voici en train d'observer combien cette dimension virtuelle influence l'accès au traitement, le fonctionnement des services et la réponse à la thérapie sur le banc d'épreuve d'une réalité qui échappe à la précipitation ou à la lourdeur d'un regard tantôt trop pressé, tantôt excessivement concret sur les choses de la vie. Et éventuellement d'imaginer alors des moyens, humains et virtuels eux aussi, pour aider notre patient.

Je souhaite à tous ceux qui s'approchent de la psychothérapie de lire attentivement le livre de Laurent Schmitt et collaborateurs. Ce livre sort de l'ordinaire et on peut s'en servir pour commencer à jeter un coup d'œil au dessus de la « haie de nécessités » qui nous entoure. Connaître des passages permettant de se faufiler à travers la pesanteur de la maladie mentale, c'est, pour les professionnels de cette dernière, toute la différence entre le sentiment d'être emprisonnés dans une espèce de ventre mou de la médecine et la libre pratique d'un métier hors pair.

Professeur Antonio Andreoli
Hôpital cantonal, Genève
Médecin chef du service de psychiatrie
de liaison et d'intervention de crise, membre
formateur de la Société suisse de psychanalyse.

CHAPITRE 1

Comment se retrouve-t-on psychothérapeute ?

Une psychothérapie représente une aventure relationnelle humaine. Cette aventure, exceptionnelle, utilise un véhicule essentiel mais non exclusif : la relation verbale. Lorsqu'un ami ou un parent se trouve à votre écoute, vous rassure, vous console, cette attitude possède un volet psychothérapeutique certain ; elle n'implique cependant aucune réflexion soutenue, aucun objectif ou planification du fait relationnel. Quand on rencontre une personne enjouée, gaie, charismatique, qu'elle vous fait partager sa bonne humeur et son dynamisme, ce volet est également psychothérapeutique sans toutefois être transmissible et reproductible d'une personne à une autre. Il n'est pas ici question des nombreuses écoles de psychothérapie et des psychothérapeutes formés, d'une école ou une autre ; ils trouveront les éléments qui suivent par trop rudimentaires. Mais des aspects psychothérapeutiques, souvent essentiels, se mettent en place dès la première consultation auprès de professionnels moins qualifiés. Dès lors, que la demande vienne du patient, un autre vous-même en souffrance face à vous, ou du thérapeute estimant devoir approfondir certains points, des repères sont nécessaires pour ne pas avoir l'impression d'ouvrir une boîte de Pandore. De cette boîte, s'échapperaient des meurtrissures, des traumatismes de l'enfance, des sentiments d'insuffisance, des blessures anciennes, secrètes ou répétées. Souvent le thérapeute, faute d'envie, de temps, de connaissances ou de courage, hésite à entamer la discussion sur ces thèmes. Dans d'autres cas, plaintes et souffrances sont exprimées mais, au-delà de leur expression, le thérapeute ne sait quel fil tirer de la pelote pour permettre à son patient de progresser dans son cheminement, bref, d'avancer.

L'idée de cet ouvrage est née d'une série de questions simples, profondément justes, que posent des médecins généralistes, des internes, des assistants en psychiatrie, des psychologues en formation, des travailleurs sociaux, lorsque confrontés à une situation ils en perçoivent quelques-uns des ressorts relationnels, sans trop savoir comment diriger l'entretien ou poser les questions. Le patient doit-il parler tout au long de la rencontre et eux, rester silencieux ? À l'inverse, doivent-ils poser

beaucoup de questions pour obtenir le plus de « matériel » possible au prix d'un entretien très proche du questionnement médical ? Faut-il faire part tout de suite des principaux problèmes que l'on discerne chez le patient ? Ou, au contraire, attendre patiemment, mais parfois en vain, qu'il les repère lui-même ?

Ainsi, au travers de réunions de tutorat et d'accompagnement auprès de jeunes professionnels, tous enthousiastes, engagés dans leur métier, a émergé l'idée de fournir quelques grandes lignes autour d'enjeux psychothérapeutiques. Ces aspects ne sauraient remplacer une formation spécifique dans un cadre théorique déterminé par une école de psychothérapie, mais on ne peut ignorer que la plupart des entretiens à portée psychothérapeutique se déroulent hors de ce contexte !

Comment se retrouve-t-on embarqué ?

Le terme « embarqué » regroupe une série de situations où un processus relationnel important s'est mis en route.

Une souffrance, des émotions, une demande jaillissent, de façon éruptive, sous la pression d'un événement particulier. Le thérapeute est interpellé par ce bouleversement. Des situations aussi fréquentes qu'un deuil, l'annonce d'une maladie grave, une rupture sentimentale, un licenciement, peuvent provoquer cet état. Le thérapeute sent bien qu'il ne peut différer la réponse, et mieux encore la réponse doit être accompagnée, poursuivie sur quelques rencontres pour la faire mûrir.

- Vous pouvez vous retrouver comme le seul interlocuteur possible, car à l'écart des grandes villes, en exercice rural, ou tout simplement parce que des liens médicaux de voisinage ou relationnels font de vous l'interlocuteur désigné.
- L'alchimie relationnelle peut faire de vous le témoin ou le dépositaire de faits psychiques majeurs pour la personne ; vous comprenez bien qu'elle a placé une réelle confiance en vous avant de les livrer. La relation qui s'est nouée vous transforme en un témoin privilégié, un confident élu. Ceci rend difficile d'adresser cette personne à un autre thérapeute, au risque de trahir une confiance et de fragiliser une relation qui débute.

Dans ce contexte, de jeunes professionnels posent des questions pertinentes : faut-il accepter cette forme de relation qui s'initie, ne peut-on adresser ce patient à un thérapeute plus compétent, plus chevronné ? Mais que faire quand les thérapeutes spécialisés n'ont pas de disponibilité de rendez-vous avant six mois ou plus ? Là aussi, l'exigence humaniste d'un soutien ou d'une aide donne le sentiment d'être embarqué dans une problématique. Il va falloir au moins en gérer les premiers temps avec les outils dont on dispose.

Un lien s'est forgé

Ce lien comporte deux étapes. La première étape s'intéresse au pourquoi du choix d'un thérapeute par un patient. Ce choix est parfois très prosaïque : facilité d'accès, proximité, places de parking, disponibilité de rendez-vous à court terme, sentiment d'interchangeabilité de tout professionnel psy. Il est parfois dicté par le cadre de la rencontre : médecin référent ou de premier recours choisi ou imposé par la caisse d'assurance-maladie, psychologue d'un service à qui l'on demande de voir un patient en souffrance, psychiatre effectuant de la consultation liaison ou intervenant dans un service d'urgences. Dans d'autres cas, ce choix initial obéit à des motivations plus subtiles : souhait d'un thérapeute du même sexe, choix d'un nom à consonance proche ou auquel on associe des significations particulières. Parfois, les recommandations d'un proche, d'un ami, par le bouche à oreille, sont déterminantes. Ces aspects définissent la « pré-alliance », en un mot tout le travail imaginaire qui précède la rencontre. On l'aura compris, ce travail imaginaire reste fortement indécis et ambivalent. Il expliquera des premiers rendez-vous non honorés, des rendez-vous annulés, ou qu'une rencontre se déroule mais soit jugée tout à fait insatisfaisante, improductive.

L'alliance thérapeutique définit, elle, un processus plus construit. Il se structure au fil des rencontres. Le patient éprouve le sentiment qu'il peut se confier en toute liberté, le thérapeute, lui semble-t-il, pose des questions essentielles, une réflexion se mène au fil des entretiens, bref, il a le sentiment d'être compris et soutenu. Dès lors, des questions naissent : y a-t-il des sujets tabous, comment se fait-il que l'on aborde aussi peu des problèmes de relations de couple ou la sexualité, faut-il respecter les non-dits ressentis ou imaginés ou faut-il coûte que coûte les faire exprimer ? Dès qu'apparaît au thérapeute la nécessité d'approfondir et de revoir le patient et au patient le souhait de disposer d'un autre moment pour réfléchir à nouveau, on se retrouve dans un espace psychothérapeutique. Ce lien qui se forge est primordial. Il n'est pas toujours tissé avec la personne honorée du titre de psychothérapeute. Un travail psychothérapeutique fructueux peut se mener avec un kinésithérapeute, une travailleuse familiale, tout en stagnant avec le psychothérapeute. Cependant, dès que le lien a pris la forme d'une réflexion à la poursuite d'un but thérapeutique commun, le processus psychothérapeutique est enclenché.

Une relation englobée dans une réflexion

Dès lors qu'on identifie un ou plusieurs domaines ou champs de souffrance chez un patient, que l'on cherche à en comprendre les prédispositions de personnalité, les facteurs de vulnérabilité, les éléments

d'aggravation, que l'on détaille les relations entre ces facteurs et les aspects psychiques conscients ou imaginaires d'un patient, on se trouve au cœur du processus psychothérapeutique. Une psychothérapie est animée par un mouvement, un but, une pensée directrice. Ceci la distingue d'une conversation, d'une confession...

- Dans certains cas, l'objectif sera modeste. Le sens de la psychothérapie se structurera autour de la notion de présence, de soutien, de lutte contre la solitude ; l'idée est d'apporter un réconfort. On n'est pas loin de la notion de présence humaine. On offre la possibilité d'exprimer à un autre être une série de souffrances enfouie ou manifeste.
- Dans d'autres cas, parmi de multiples problèmes, déposés en vrac, livrés à la suite, le thérapeute attribue à certains ont une importance majeure. Cette importance relève du choix du patient ou au contraire est proposée par le thérapeute. Un choix de priorités se réalise afin d'aborder des difficultés spécifiques en première intention. Le thérapeute a effectué une sélection d'objectifs prioritaires dictée par la souffrance et les éléments livrés par son patient. La réflexion se mène entre simplicité et complexité. Parfois, le choix de la simplicité donne au patient à l'idée qu'il aurait lui-même trouvé seul le cheminement pour améliorer sa souffrance : « il ne m'a rien appris, je le savais... ». Parfois, une conceptualisation complexe ne permet pas au patient de trouver l'élan de réflexion l'amenant à progresser.
- Une autre dimension dans la définition des objectifs de soin repose autour du partage, d'une négociation, entre les priorités de la personne souffrant et les thèmes jugés essentiels par le psychothérapeute. Dans ce contexte, il appartient au thérapeute de proposer un échange autour de ces choix.

Comment se retrouve-t-on psychothérapeute ? L'infinie diversité des situations n'enlève en rien les exigences de rigueur, d'éthique et de respect de la personne. Les lignes directrices qui suivent cherchent à simplifier le cadre et le processus, conçus comme la construction d'un meuble. Toute une série de situations font l'objet d'un abord ou les circonstances de la rencontre, les formes de la demande et la manière de poursuivre les entretiens sont proposés. Enfin des situations spécifiques liées à la culture, aux limites de chacun sont reprises.

Le psychanalyste, le thérapeute cognitif, le systémicien considéreront peut-être ces éléments comme un peu insuffisants, une forme de survol, ou des généralités. Cela est vrai !

Mais nous empruntons une phrase au poète et écrivain occitan Joe Bousquet, reclus à vie dans sa chambre de Carcassonne par une balle de la guerre de 1918 :

“ Habituez-vous à regarder cela d'un peu haut. *On n'est jamais assez simple.* »

CHAPITRE 2

Le cadre de l'entretien

Introduction

Lorsque vous allez acheter un meuble à monter soi-même, vous ouvrez le paquet, vous cherchez la notice de montage, vous découvrez généralement un plan qui détaille les pièces dont l'assemblage permettra la construction du meuble. On vous demande en général de classer ces pièces. Les unes représentent des éléments majeurs, les thèmes d'un entretien, le moment où les aborder, l'observation des réactions du patient, la prise en compte de vos propres émotions et de vos sentiments. Mais il y a toute une série d'éléments de contexte ; on peut les symboliser comme des écrous, des boulons, des tournevis ou des clés, en un mot tout ce qui semble un peu secondaire, dont on ne parle généralement jamais, mais dont l'absence empêche de réaliser un entretien psychothérapeutique.

Cette définition des écrous et des boulons doit faire penser à la technique de peintres ayant visé au dépouillement. Quand vous regardez un tableau de Soulages, de Miró, de Zao Woo-Ki ou de Klein, il peut se dégager une apparente simplicité. Généralement, ces peintres, au prix d'un dépouillement très progressif, depuis une technique extraordinaire et bien maîtrisée, ont obtenu cette apparence de simplicité et de facilité qui fait dire à beaucoup qu'ils seraient capables de créer la même œuvre. Les psychothérapies de premier niveau s'effectuent dans des cabinets médicaux ou dans des lieux aspécifiques : la chambre d'un malade, un bureau de consultation, parfois un lieu prêté, d'emprunt ; elles utilisent le style de la conversation ordinaire, sur un mode détendu. Pour qu'elles puissent se dérouler dans de bonnes conditions, il faut préciser tous ces écrous et ces boulons accompagnant les rendez-vous : les règles d'entrée en matière, le décor, les attentes et les craintes de la plupart des patients, la mise en place du cadre relationnel.

Prémises du contact initial

Les éléments qui précèdent la première consultation ne se révèlent jamais neutres. Chez un médecin traitant, un motif organique

aspécifique comme une fatigue, des douleurs diffuses, une baisse de tonus, peuvent parfois traduire une demande psychique. Quand le motif de la demande nécessitera une psychothérapie de soutien, il est toujours utile de préciser comment le patient est arrivé jusqu'à cette consultation.

Adressage

L'adressage médical représente la modalité la plus fréquente. Il vaut mieux laisser au patient le choix du moment et de l'application de cette décision lorsqu'elle lui a été proposée. Dans des situations où l'on sent le patient indécis, on peut parfois lui faciliter la tâche en lui donnant les coordonnées d'un thérapeute, en lui remettant un courrier. On considère qu'il est plus simple, une fois la lettre explicative rédigée, de ne pas la cacheter pour éviter la tentation d'une transgression réalisée par la lecture de ce courrier. Dans d'autres cas, un coup de téléphone explicatif améliore les liens entre les deux médecins.

Le contexte d'un médecin traitant implique, en principe, la participation du médecin de famille dans le choix d'un psychothérapeute.

Cependant, le patient préfère souvent consulter de lui-même sans demander l'avis de son médecin de famille, introduisant ainsi un cli-vage entre le domaine somatique et le domaine psychique. Lorsque le médecin de famille n'a pas été prévenu, il est utile de demander en cours de consultation si un courrier doit lui être adressé et, en cas de réponse négative, de refaire la même proposition à distance, lors d'une deuxième ou troisième consultation. Un psychologue fait parfois l'objet du choix initial ; mieux armé selon le patient pour comprendre des difficultés psychologiques.

Dans bien des cas, l'adressage fonctionne selon le principe du bouche à oreille, avec l'idée que « quelqu'un qui avait les mêmes problèmes que moi » a été très bien soigné par tel ou tel thérapeute. Lorsque le thérapeute est conseillé par un membre de la famille – conjoint, parent –, le patient peut douter de sa neutralité ; la question de la confidentialité des entretiens devra alors être abordée lors de la consultation pour assurer que tout ce qui est évoqué relève du secret médical et que ne seront transmis aux uns ou aux autres que des éléments autorisés par le patient.

Délai d'attente et d'obtention d'un rendez-vous

Les délais d'attente comportent deux facettes : la facette négative découle de leur longueur ; souvent, les nécessités d'une psychothérapie se diluent au fur et à mesure que le temps avance, surtout dans des contextes réactionnels. À l'inverse, un aspect positif est issu de

la maturation : bien des patients relatent leur difficulté à accepter une consultation auprès d'un psychiatre, ils indiquent que pendant plusieurs mois ils ont tergiversé avant d'admettre cette idée. Il est utile lors du premier rendez-vous de demander au patient ses facteurs d'hésitation, voire d'approfondir le motif d'arrêt ou d'interruption de tentatives de traitements antérieurs.

Il ne faut pas hésiter à faciliter le premier entretien en fournissant quelques informations sur l'adresse, les possibilités de se garer, la précision ou non des rendez-vous. En effet, les premières rencontres sont souvent difficiles pour les patients, et ces éléments de contexte vont représenter autant d'écueils à franchir.

Mécanique du premier rendez-vous

Salle d'attente

Le climat des salles d'attente varie considérablement. Dans certains cas, les patients discutent entre eux, dans d'autres le silence est la règle. Il semble important, par une certaine régularité des consultations et des horaires, de ne pas maintenir une salle d'attente trop chargée. Lorsque l'on sort de son cabinet, il paraît plus facile de s'adresser directement à un nouveau consultant en se présentant : « Je suis le docteur X ou madame Y... » plutôt qu'en l'appelant par son nom, pour des raisons de confidentialité. Cependant, dans des contextes de médecine générale, cette approche est parfois peu réalisable. Il est généralement recommandé de laisser entrer le patient en premier dans le cabinet de consultation. Les regards, le mouvement circulaire de balayage du cabinet et la manière dont il s'installe ne sont pas anodins. Dans certaines salles d'attente, peuvent figurer les conditions tarifaires des honoraires.

Pour le téléphone, une affiche indiquant un rappel de bien vouloir éteindre son téléphone portable durant la consultation peut s'avérer utile. Ce souhait implique une réciprocité de la part du médecin ou du psychologue.

Dans le cabinet

La décoration du cabinet confronte un espace personnel, celui du thérapeute, à l'imaginaire et aux représentations du patient. Toutes les formes de décoration qui facilitent le confort et le bien-être du patient doivent être encouragées. Bien des psychothérapeutes ne consultent pas derrière un bureau, ils choisissent une disposition de type salon, canapé ou fauteuils de part et d'autre d'une table basse.

- Dans le cas de dispositif de type bureau, on veillera à la hauteur des sièges, à la facilité des échanges non verbaux, notamment le regard, et

l'on choisira des bureaux où le patient peut observer un peu son thérapeute plutôt que des bureaux paravents.

- Dans le cadre d'une formule salon, des dispositions côte à côte ou permettant des angles de fuites pour le regard devront être aménagées. Lorsque l'horloge figure dans le décor, elle doit être placée de façon à être accessible aux deux protagonistes, ou bien installée dans le dos du patient pour éviter les regards trop appuyés vers la montre ou le repérage du temps.
- Dans le cabinet d'un médecin généraliste, où souvent des nécessités techniques existent, l'arrangement d'un espace dédié à une conversation peut parfois signifier la transition d'un cadre médical pur vers un cadre plus relationnel. Dans d'autres circonstances, l'idée d'une consultation dédiée spécifiquement à cette activité peut être proposée.
- Un certain nombre d'objets ont un rôle dans ce cadre de consultation. La présence d'un cendrier figure implicitement la notion que le patient peut être invité à fumer. Si cette possibilité n'existe pas, l'information peut être donnée dans la salle d'attente. L'existence de mouchoirs en papier, de quelques bonbons, de quelques fleurs ou de quelques objets décoratifs est fortement recommandée. En France, la présence de photos de famille ou d'objets plus personnels n'est pas communément admise, car source possible de projections de la part du patient. Aux états unis les diplômés font l'objet d'un affichage.

Déroulement de la consultation

La question de la *prise de notes* a fait l'objet de nombreuses controverses. Dans le cadre d'une psychothérapie classique, on recommande l'absence de prise de notes tout au long de la séance ou de l'entretien. Une synthèse assez brève s'effectue après le départ du patient. En effet, bien des patients se demandent ce que le thérapeute note au cours de leur entretien. Même si certains pensent que la prise de notes en cours d'entretien traduit une inquiétude d'oublier tel ou tel point important, elle est parfois utile ; on peut alors expliquer que les notes sont un support de mémoire et permettent de garder un fil conducteur au cours des entretiens. Il faut cependant se rappeler que les notes appartiennent au patient, les dernières recommandations mentionnent que tout ce qui structure un dossier médical et permet sa continuité doit être transmis au patient : note formalisée ou manuscrite ou informelle. Les patients, au titre de leur dossier médical, ont le droit d'en demander une communication. Cette question du caractère transmissible ou non des notes d'un psychothérapeute reste épineuse.

La question des *appels téléphoniques* mérite d'être évoquée : bien des psychothérapeutes considèrent que le temps d'une consultation appartient de manière catégorique au patient. Dans ce contexte, ils n'autorisent pas la possibilité de coups de téléphone durant les

entretiens. Le téléphone est alors mis sur répondeur, dérivé vers un secrétariat ou parfois décroché. Pour d'autres, ils laissent la possibilité d'un ou de deux appels en cours d'entretien en s'efforçant d'être bref et de ne pas perdre le fil de la consultation. Cependant, si au cours d'entretiens successifs le patient a pu voir son thérapeute répondre à plusieurs reprises à des appels téléphoniques, il va s'interroger sur sa capacité d'écoute et de réflexion ainsi que sur sa disponibilité.

La *durée des entretiens* : il n'existe pas de repères précis concernant cette durée. Cependant, un intervalle de temps de vingt à quarante minutes paraît le plus souvent adapté. Plus court, il ne permet pas à la mélodie de l'entretien, faite de temps introductif, de moments de réflexions, d'hésitation, de pouvoir se dérouler normalement. Plus long, en dehors de la première ou de la seconde consultation, cet allongement de durée aura du mal à pouvoir être maintenu lors de toutes les consultations. Il apparaît important de maintenir une durée de consultation à peu près équivalente lors de tous les entretiens pour que le patient puisse intérioriser leur schéma temporel. Lors d'une psychothérapie de soutien, il peut être utile de définir un nombre de consultations initiales et d'envisager ultérieurement une réévaluation.

Attentes et craintes

Aspects liés au thérapeute

Les questions d'accordage entre un patient et un thérapeute ont fait l'objet d'une très nombreuse littérature. La différence des sexes peut être évoquée par le patient dans son souhait d'être plutôt suivi par un thérapeute homme ou par un thérapeute femme. Dans certains cas, les problématiques ont un rapport direct avec l'intimité ou la sexualité, dans d'autres cas il s'agit d'une réactivation d'éléments liés aux images parentales dans la facilité de relations que l'on a pu avoir avec l'un ou l'autre des parents. Il peut être important de demander au patient de mieux expliquer pourquoi il souhaite un thérapeute d'un sexe plutôt que de l'autre afin de réfléchir ensemble si l'on accepte d'emblée cette demande ou si elle doit faire l'objet d'une clarification.

Les différences d'âge renvoient de façon analogue à des contextes œdipiens lorsque les thérapeutes sont plus âgés ou bien à des fantasmes d'insuffisance d'expérience ou de qualification lorsque les thérapeutes sont plus jeunes. Cependant, le fait d'être jeune peut évoquer une image d'ouverture, de simplicité, de compétences techniques plus récentes, voire d'une certaine déférence liée à la différence des âges.

Mais une des questions essentielles dans l'esprit du patient concerne l'attention, la réceptivité et la disposition à l'écoute de la part du

thérapeute. Il existe en effet un équilibre important à trouver entre le charisme personnel et les aspects techniques d'élaboration d'interprétations ou de réserves. Bien des patients apprécient beaucoup le caractère amical, soutenant, proche, de certains thérapeutes. Une réflexion doit être accordée pour vérifier ce qui est du domaine du soutien et ce qui pourrait se rapprocher d'une forme de séduction par la sympathie et l'empathie. À l'inverse, adopter une position de neutralité ou de réserve lors d'une psychothérapie de soutien n'est pas concevable, cela serait vécu comme une froideur, voire un désintérêt : « Il était toujours silencieux... J'avais l'impression d'être seul face à mes difficultés... ». À côté de la dimension empathique, la psychothérapie nécessite l'utilisation de différentes techniques conversationnelles comme la relance du questionnement, l'invitation à faire des liens dans l'histoire et le temps, la réflexion autour des émotions suscitées par tel ou tel fait ou tel ou tel événement.



Aspects liés au patient

L'un des premiers concerne la réflexion sur le caractère sympathique, neutre ou antipathique du patient que l'on suit. Souvent, dans un mouvement réparateur, bien des thérapeutes considèrent que le patient est sympathique, mentionnant comme point de départ à cette sympathie sa souffrance. Mais il arrive que les patients suscitent une forme ou une autre d'antipathie pour les raisons suivantes : ils ont consulté de multiples thérapeutes antérieurs qu'ils critiquent, leurs plaintes ne semblent pas en rapport avec les événements décrits, une partie de leur demande correspond à un bénéfice primaire comme l'obtention d'un certificat, d'un arrêt de travail, d'une pension, et ce de façon un peu criante.

La ponctualité des patients peut être soumise à de larges variations. Certains restent précis au fil de leurs consultations. D'autres, après des consultations initiales où ils sont venus à l'heure, viennent franchement en retard ou oublient leur rendez-vous. Retard et oubli traduisent des résistances au processus psychothérapeutique ou au thérapeute. Leur répétition doit être évoquée et faire l'objet d'une explication, dans la perspective soit d'adapter le rythme des rendez-vous, soit de modifier les horaires s'il y a des faits de réalité dans le travail du patient, soit parfois de différer le processus de soin jusqu'à un moment où la demande sera plus construite. Cette dimension de ponctualité a pour corollaire la question de la disponibilité du thérapeute en dehors des séances. Bien sûr, le thérapeute se doit d'être aussi ponctuel que possible dans le créneau réservé à son patient. Dans quelques cas, il pourra fixer avec lui des rendez-vous téléphoniques pour le soutenir dans une période plus difficile. Il n'est pas recommandé de laisser à un patient son téléphone personnel ou un numéro de téléphone portable. Cependant, dans quelques situations critiques, cela doit être fait lorsque l'on perçoit l'isolement du sujet, sa capacité autoagressive, ou son débordement par l'angoisse. Dans ces circonstances, on veillera à proposer un créneau au cours duquel le patient peut appeler, parfois également un lien épistolaire ou par courrier électronique peut être envisagé.

Prix des consultations

Si une modification par rapport au prix conventionnel est apportée, elle doit être annoncée soit dans la salle d'attente soit lors de la prise de rendez-vous. Le niveau de cette modification peut avoir plusieurs origines : un temps plus long consacré à la consultation, un créneau de temps différent des horaires habituels de consultation, ou simplement marquer une différence par rapport aux consultations habituelles.

Il est à noter que dans la convention médicale, la mise en place d'un soin psychothérapeutique s'inscrit plus facilement dans un parcours de soin coordonné par le médecin généraliste ou le médecin traitant, que dans l'accès spécifique global vers un psychiatre. Toute consultation doit faire l'objet d'un paiement. En effet, selon le proverbe « ce qui ne coûte rien ne vaut rien », encouragé par les modalités du tiers payant ou par l'intervention des mutuelles, un temps de travail de psychothérapie nécessite un règlement *ad hoc*. Parfois, devant la souffrance de certains patients, leur dénuement, leurs difficultés financières ou leur carence de prise en charge, on peut être tenté de ne pas leur faire payer leur consultation. Il paraît plus légitime d'adapter le prix de la consultation à leurs ressources. Si des patients sont dans un dénuement extrême au point que le soin devient problématique, les facilités offertes – absence d'honoraires pour la consultation, possibilités de fournir un ticket d'autobus ou de métro, avance de médicaments... – doivent faire l'objet d'une médiation pour ne pas donner l'impression d'être un cadeau de la part du thérapeute.

La question des cadeaux d'un faible montant, cadeaux alimentaires, bonbons, livres, doit faire l'objet d'une élaboration et d'un remerciement adapté. Ils doivent être entendus comme une reconnaissance du soutien et de l'aide à la prise en charge. Le cadeau plus important invite à une réflexion avant d'être accepté. Pour certains, dans certaines cultures, celui qui n'accepte pas un cadeau est considéré comme un ennemi. Dans d'autres cas, le cadeau est une tentative de poser la relation dans un autre registre que thérapeutique, lorsqu'il s'agit d'un cadeau trop personnel – cravate, eau de toilette –, ou lorsqu'ils sont trop importants : voyage, vacances... Dans ce contexte, on peut différer l'acceptation d'un cadeau et réfléchir avec la personne sur les glissements et les modifications de la relation qu'ils peuvent susciter ou provoquer. Avec des adolescents ou des étudiants, le cadeau peut être une manière de les faire participer plus activement à leur traitement. On leur demande, toutes les trois ou quatre consultations, de fournir un livre de poche ou une petite plante ou un objet auquel la personne tient pour traduire son implication dans la thérapie.

Sécurité de l'entretien

Cette question ne se pose pas toujours dans un cabinet. Elle intervient dans des contextes de consultation hospitalière ou dans des consultations effectuées dans les services d'urgences. Peut-être faut-il rappeler quelques règles classiques. Dans ce type de consultations, il faut savoir, avant le début de la rencontre, si le patient a pu être violent ou agité

lors de sa venue à l'hôpital. Ceci peut être su en lisant le rapport de l'ambulance, des pompiers ou du Samu.

Il y a généralement intérêt à réaliser ces consultations dans des pièces assez vastes, si possible munies de deux issues. Lorsqu'il n'existe pas d'issue, le ou les thérapeutes doivent se situer les plus proches de la porte afin de ne pas laisser un patient violent ou agité condamner l'issue de la pièce. On sait que les patients deviennent plus violents sous l'effet de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne ou de l'héroïne, ou d'un état délirant. Si l'on redoute une phase d'agressivité, la consultation doit être médiatisée avec une infirmière ou un agent hospitalier de l'équipe. Dans ce contexte, il est souvent nécessaire d'indiquer au patient la place qu'il paraît souhaitable de lui voir attribuer. Certains bureaux disposent d'une sonnette permettant d'appeler de l'aide, dans d'autres structures existent des dispositifs d'aide au travailleur isolé (DATI) en lien avec les vigiles. Il est bien sûr évident que les bureaux de consultation ne doivent pas comporter d'objets lourds, tranchants ou dangereux, susceptibles d'être utilisés comme des armes.

Devant des patients au fonctionnement psychotique, il est important de composer, de ne pas discuter leurs croyances ou mettre en doute leurs perceptions, notamment en début d'entretien. Lorsqu'un patient, par son attitude ou ses propos, devient menaçant, il faut lui rappeler que l'objectif vise à obtenir une amélioration, un soutien et que ses émotions ou son hostilité doivent faire l'objet de propos mais pas d'actes. Dans le chapitre sur les émotions et les vécus du thérapeute ([chapitre 6](#)), ceci sera abordé à nouveau sous l'angle des perceptions et ressentis.

État d'esprit du thérapeute

Nous sommes rarement dans le même état émotionnel ou affectif au fil des jours et des rencontres. Parmi les rappels simples de bon sens, il faut mentionner les nécessités d'un confort élémentaire. Le thérapeute ne peut consulter dans de bonnes conditions s'il est affamé, si des besoins naturels doivent être réglés, s'il attend un appel téléphonique important, ou si son « bip » ou son téléphone sonne en permanence. Si certains de ces éléments ont un caractère pressant, ils doivent être rapidement réglés, avant la consultation, qu'il s'agisse de grignoter un peu ou de passer un ou deux coups de fils qui ne peuvent attendre.

La température de la pièce mérite une remarque. Il est rare de consulter dans des pièces glaciales, mais il peut arriver que dans des périodes caniculaires la température soit une véritable épreuve autant pour le patient que pour le thérapeute. Si l'on peut veiller par

un ventilateur ou un conditionneur d'air à obtenir une température adéquate, le jeu de la consultation comme le niveau des associations d'idées en sera fortement amélioré.

Phrases de début et phrases de transition

Phrases de début

Pour beaucoup de patients, venir en consultation est tout sauf anodin. Quelques phrases sans conséquence, sur le temps qu'il fait, la possibilité d'avoir trouvé le cabinet ou d'avoir pu se garer facilement, l'invitation à enlever son manteau et à se mettre dans une attitude confortable et détendue sont souvent indispensables. Parmi les 3 ou 4 phrases de début classiques, « qu'est-ce qui vous amène ? », « en quoi puis-je vous aider ? », « pour quel motif êtes-vous venu me voir ? », « puis-je vous être utile ? »... sont généralement plus douces et plus sereines que « qu'est-ce qui ne va pas ? » ou « de quoi souffrez-vous ? ».

Parfois, le sujet est embarrassé et il peut tendre une lettre de son médecin expliquant la nature et la difficulté de ses troubles. Dans d'autres cas, il peut choisir un angle d'ouverture de la discussion, utilisant le registre somatique ou le registre des symptômes psychologiques.

Phrases de transition

Un peu comme les panneaux indicateurs sur une autoroute, elles permettent de changer de direction d'une manière acceptable et pas trop abrupte pour le patient. « Nous avons beaucoup parlé de vos difficultés actuelles, mais avez-vous déjà éprouvé des difficultés dans le passé ou dans votre enfance ? ». Ou bien : « Nous discutons depuis un moment de vos difficultés professionnelles, mais y a-t-il eu des difficultés dans la famille ou dans le couple ? ». Ou encore : « Nous avons abordé plusieurs difficultés liées à votre relation avec votre supérieur, mais y a-t-il eu d'autres difficultés relationnelles dans d'autres domaines ? ». Dans ces phrases de transition, il est souvent utile, notamment devant des sujets dont on a l'impression qu'il pourrait parler indéfiniment, d'introduire une ponctuation – « d'ici quelques minutes, nous allons arriver à la fin de notre entretien... », ou bien « avant que nous puissions faire une conclusion sur notre rencontre, y a-t-il encore un point important que vous souhaiteriez ajouter et qui n'a pas été abordé ? ».

Ces phrases de transition sont également nécessaires d'un entretien à l'autre. Il est toujours positif de reprendre la thématique du dernier entretien pour montrer au patient qu'il existe un fil conducteur et une continuité dans ses propos et dans les pensées qui se déroulent au sein d'une psychothérapie. « La dernière fois, nous avons surtout parlé

de tel problème, ou de telle difficulté, cette fois-ci, nous allons essayer d'approfondir tel aspect. », ou bien « nous changeons de sujet pour en aborder tel autre... ». Il n'est pas inutile de terminer une consultation en indiquant au patient qu'à la prochaine consultation un accent particulier sera mis sur tel ou tel domaine ; ceci lui permet d'y réfléchir et de ne pas éprouver le « syndrome de Saint Sébastien », où chacun des thèmes disparates abordés est vécu comme l'une des multiples flèches qui transpercent le martyr en tous les points de son corps

Types de questions

Questions directives ou thématiques

Ces questions visent à obtenir une information précise : « avez-vous des idées autoagressives ou des pensées suicidaires ? », « quelle est votre consommation d'alcool ? » ou « avez-vous une consommation régulière de cannabis ? » en sont quelques exemples. Ces questions sollicitent une réponse assez précise et s'intègrent dans le cadre de connaissances à obtenir sur son patient. Leur répétition au fil de l'entretien peut donner au patient le sentiment d'un interrogatoire. Mais d'autres patients aiment bien être guidés, ceci leur facilite le travail. Ces questions très directives peuvent parsemer un entretien mais ne doivent pas être une forme spécifique, sauf parfois dans les premiers entretiens, pour obtenir une série de renseignements importants. Lorsqu'un entretien n'est composé que de questions directives, cela peut réaliser un entretien standardisé comme il en existe dans des protocoles de recherche. Lorsqu'il existe la place pour des questions plus ouvertes, le type d'entretien réalisé est de type semi-directif.

Questions semi-directives

Elles abordent un domaine particulier sans rentrer de façon technique dans toutes ses dimensions. « Avez-vous subi des sévices physiques ou sexuels ? », « avez-vous des difficultés dans le domaine de la sexualité ? » représentent des exemples de ces questions qui entrouvrent un champ d'exploration en laissant le patient libre d'en parler. Les deux exemples de questions abordées sur les sévices ou la sexualité, représentent des domaines souvent méconnus ou que l'on hésite à aborder pour des raisons personnelles, de gêne ou de pudeur.

Questions ouvertes

Ces questions peuvent être extrêmement générales : « de quelles difficultés souhaiteriez-vous parler ? », « qu'est-ce qui vous paraît important d'évoquer ou de mentionner ? ». Ces questions donnent au patient la possibilité d'exprimer ce qui lui paraît le plus important ; dans cette

spontanéité, il existe une forme de test projectif puisque, dans l'espace libre de la conversation, le patient amène les problèmes ou les difficultés qui sont essentielles pour lui. Si un patient commence son entretien par : « Je ne souhaitais pas réellement venir, mais mon conjoint a beaucoup insisté pour que je prenne rendez-vous... », il dévoile, en même temps que des résistances parfois actives, une problématique suffisamment importante pour qu'un acte d'autorité de la part d'un parent soit posé. Ces questions tout à fait ouvertes exposent à quelques difficultés. Dans certains cas, le patient se noie dans un discours soit circonscrit, abondant en détails, en événements..., soit dans un discours digressif ou tangentiel avec des informations n'ayant que peu d'intérêt avec sa problématique. Lorsque l'on sent que le patient, pris dans son histoire, est tout à fait en train de s'égarer, il convient de tenter de le remettre sur un mode plus synthétique. Ceci est extrêmement difficile avec des personnes qui pour raconter leur histoire ou leurs difficultés éprouvent le besoin de détailler toutes les étapes, tous les événements, et dont la chronologie du discours obéit au récit de toutes les circonstances les unes après les autres. Lorsqu'on tente de les interrompre, en leur disant : « tous ces événements ont abouti à un conflit ou à une séparation... », ils reviennent généralement vers un autre fait qu'ils ont oublié de mentionner. Le thérapeute éprouve à la fois le sentiment d'être enchaîné et se dit en lui-même : « venons-en au fait... », mais il sait qu'il doit respecter une certaine chronologie du discours pour donner à son patient le sentiment qu'il est écouté. Il est parfois indispensable de prendre la direction des événements, soit en disant : « nous allons faire un saut dans le temps pour aborder votre situation actuelle même si plusieurs étapes sont très importantes... », soit en prévenant le patient que si tous les éléments qu'il évoque sont majeurs, « un autre entretien sera nécessaire pour aborder d'autres aspects ».

Conclusion

« Écrous et boulons » représentent les pièces indispensables à la construction d'une psychothérapie de premier niveau. Par analogie avec la peinture, outre le matériel du peintre, son atelier, sa formation technique, ceci revient à approfondir les différentes esquisses, les dessins qui jalonnent son inspiration avant de procéder à la réalisation d'une toile.

CHAPITRE 3

Processus de l'entretien : pièces à assembler

Introduction

Parmi les écrous et les boulons figurent plusieurs rouages de la mécanique d'un entretien, la manière de poser des questions ou le contexte général dans lequel ce dernier se déroule. Si l'on reprend la métaphore du peintre, une fois son matériel à disposition, son sujet choisi, se posent des questions simples. Va-t-il commencer par un détail ou par une esquisse générale ? Va-t-il débiter plutôt par le visage et poursuivre ensuite par le paysage ? Dans une académie de peinture ou dans un atelier, on obtient des conseils, des recommandations sur la manière de faire. En matière de psychothérapie, à l'exception des entretiens filmés, des jeux de rôles et des entretiens supervisés, il y a peu d'occasions d'obtenir un enseignement formalisé touchant toutes les pièces à assembler pour obtenir un entretien de qualité. Il n'y a pas un entretien médical ou psychiatrique idéal, tant les contextes et les conditions apparaissent différents. On peut cependant déterminer quelques objectifs très généraux et d'autres spécifiques.

Sur le plan général, le patient doit se sentir suffisamment à l'aise pour exprimer ses difficultés et accepter une réflexion et un accompagnement autour de celles-ci ; l'entretien doit avoir permis d'explicitier non seulement le problème essentiel, mais aussi parfois des problèmes adjacents ou cachés. Quelques aspects très spécifiques concernent l'abord des thématiques majeures : les idées de suicide, la prise d'alcool ou de toxiques, les éléments de la sexualité ou des aspects traumatiques de l'existence. Une autre dimension spécifique concerne la possibilité de mettre en route une réflexion autour d'une problématique précise ou de faire naître des hypothèses susceptibles d'être approfondies (on parle d'élaboration).

Il y a beaucoup de variétés parmi ces pièces à assembler, mais quelques-unes méritent d'être approfondies : le style du patient, la création de l'empathie, l'art de la conversation, la capacité de construire une histoire, un scénario.



Style de la personne

Le style de la personne découle de la résultante de son apparence, de sa façon de se présenter ou de gérer l'entretien, de l'impression générale que dégage le patient après une rencontre.

« Incrustation visuelle »

Certaines personnes laissent une impression visuelle forte. Leur taille, leur embonpoint, un détail physique, une manière de se tenir, voûté ou exagérément droit, une inclinaison de la tête, une gestuelle des mains. Un détail frappe, sollicite la mémoire et laisse une trace vivace en matière visuelle. Dans certains cas, il peut s'agir d'une impression physique, dans d'autres d'un aspect esthétique lié à la beauté, à un point qui frappe l'attention. L'allure de la personne transparaît dans sa manière de s'habiller. Certaines s'attachent à être hyper-conformes à leur environnement ou à leur classe sociale. Leur style, classique, sport,

moderne..., n'est démenti par aucun élément, tout est conforme à ce que l'on attend. Dans d'autres cas, vont attirer l'attention, un bijou, un sac à mains, un type de chaussures qui témoignent d'une discrète originalité mais peuvent parfois être franchement insolites dans le contexte. Il existe des personnes dont la neutralité est telle, de l'apparence aux vêtements, que quelques jours après leur visite on ne se rappelle que très difficilement de leur visage et l'on aura du mal à dire la couleur de leurs cheveux, s'ils portaient une moustache, comment ils étaient habillés. On peut dès lors se poser des questions sur la nécessité de ce camouflage physique et psychique aboutissant à une neutralité absolue. Enfin, on peut trouver parfois une autre forme d'incrustation. L'incrustation olfactive liée à un parfum capiteux, une odeur rémanente, entêtante. L'incrustation auditive naît d'un timbre de la voix spécifique, d'un accent, d'un défaut de prononciation.

Début de la discussion

Une source importante de renseignements se dégage de la façon dont la discussion s'engage et comment les patients gèrent ou ne gèrent pas le laps de temps dont ils disposent. Visiblement, certains ont établi une liste, apparente ou cachée, ils souhaitent en décliner tous les éléments pour ne rien oublier. Ils ont besoin d'ordre et d'une planification un peu rationnelle de l'entretien. Quelques personnes lisent ou adressent un texte écrit ; il s'agit d'une forme de résumé ou d'un canevas mentionnant les aspects les plus importants de leur demande.

Dans les manières de débiter plusieurs styles se rencontrent ; bien sûr le thérapeute préfère celle ou celui qui après quelques phrases pose la nature exacte du problème, source de tracas ou de tourment. Bien des personnes ordonnent leur récit sur un mode temporel. Elles partent de leur enfance ou d'un événement signifiant et évoluent vers le présent selon une séquence temporelle structurée. D'autres semblent débiter sur une thématique très éloignée du problème essentiel et vont par petites touches arriver au point qui leur semble crucial. Parmi les difficultés, l'une relève des propos trop circonstanciés, riches en détails, fournissant beaucoup d'informations ponctuelles ; le médecin a un moment le sentiment que l'on passe à côté et se dit en lui-même : « Venons-en au fait... ». Les discours digressifs donnent le sentiment que le propos se perd au fur et à mesure. Il n'existe plus aucun fil conducteur ; on se trouve devant une pelote de laine dont plusieurs fils seraient tirés en même temps ; on se dit en soi-même au bout d'un moment : « Mais où veut-elle en venir ? ».

Pour dégager l'impression générale qu'une personne laisse à la fin de l'entretien, il y a deux questions que l'on peut se poser.

- « Pourquoi a-t-elle voulu me dire ceci maintenant à moi ? ».

Se poser cette question permet de réfléchir sur la thématique essentielle de l'entretien, le moment où elle survient dans la trajectoire de la personne qui consulte et pourquoi on devient son interlocuteur plutôt qu'un autre.

Il faut aller au-delà de réponses simples comme « parce que je suis son médecin traitant », ou à l'inverse « parce qu'elle n'a pas pu en parler à son médecin traitant », en s'interrogeant sur des aspects liés à la tranche d'âge, au contexte, voire au caractère féminin ou masculin de l'interlocuteur.

- « Qu'est-ce qui n'a pas été dit, peut-il y avoir des éléments cachés ou qui apparaîtront ultérieurement ? ».

La deuxième question fait appel à l'imagination et a pour but de s'interroger. Ce type de questionnement maintient une forme de suspense dans la relation. Le détective qui se contenterait de la première piste qui lui est offerte sait bien avec son expérience qu'elle peut être trompeuse ; des ressorts cachés existent souvent.

Cet ensemble d'éléments aboutit à une esquisse comprenant une image, une impression pouvant aller de la perplexité à la sympathie, d'un sentiment d'ennui à un vécu d'agression. Un aspect essentiel concerne une autre dimension : la création d'un climat d'empathie.

Création de l'empathie

L'empathie se définit comme une forme de relation accueillante, soutenante et disponible. Elle crée un climat d'écoute favorable montrant l'intérêt que l'on a ; elle pose un accompagnement, une réflexion. Dans le phénomène d'empathie, on essaie de se mettre à la place, « dans les chaussures ou dans l'habit », de l'autre personne. Une manière d'être empathique revient à se poser la question : « Est-ce que ce n'est pas trop difficile pour mon interlocuteur de me parler, de me dire certaines choses ; quelle image peut-il avoir de son thérapeute ? ». La création de l'empathie revient à permettre à une personne consultante de pouvoir exprimer des sujets intimes, des traumatismes, des éléments d'ambivalence.

Empathie, sympathie, compassion

L'empathie a des frontières « poreuses », parfois plus nettes et tranchées, avec la sympathie et avec la compassion. Dans la sympathie existent des phénomènes d'identification. On peut facilement se mettre à la place de la personne, on a déjà éprouvé en personne son type de difficulté ou ses problèmes ; on comprend que ce soit difficile pour elle. Lorsque la sympathie s'impose trop naturellement, il faut réfléchir au pourquoi de ce sentiment. Certaines formes de sympathie proviennent d'une abondance de points communs ou de difficultés rencontrées similaires à celle de la personne consultante. D'autres peuvent naître d'un désir de séduction

conscient ou inconscient mis en route par le patient. Cette forme-là de sympathie, si on la repère, doit faire l'objet d'une élaboration c'est-à-dire d'une réflexion approfondie.

La compassion, littéralement « souffrir avec », si elle est un sentiment tout à fait honorable, n'apporte pas une grande aide dans le processus psychothérapeutique. La compassion a partie liée avec la pitié, et n'est pas très éloignée de la charité. Elle sous-entend la consolation et le désir fort d'apporter une aide ou un pas vers la guérison. Un niveau de compassion est toujours utile, mais vouloir activement soulager ou améliorer revient parfois à brûler plusieurs étapes et à s'écarter d'un processus de réflexion ou de maturation permettant à la personne de trouver la meilleure solution pour elle. Plusieurs patients vivent mal l'expression : « C'est à vous de trouver vos propres solutions... » ; ils se sentent abandonnés en rase campagne. Cette expression est maladroite. On peut sans doute l'amender en expliquant au patient que certains silences, certaines manières de réinterroger visent à lui faire découvrir des nuances de son choix spécifique. Cette dimension de compassion n'est pas toujours appréciée par certains patients. Ils ne cherchent pas une personne qui va souffrir avec eux mais espèrent trouver un thérapeute qui comprendra leurs sentiments et qui pourra les faire évoluer.

Gérer l'empathie

L'empathie peut naître d'une attention manifeste apportée aux propos et aux difficultés du patient, d'un lien qui s'établit avec l'état émotionnel de la personne, d'un intérêt pour la subjectivité de l'autre.

L'empathie n'est pas l'élément d'un seul entretien. Lorsque l'on suit quelqu'un depuis longtemps, elle doit être ravivée. Parmi les deux ou trois techniques, utiles à réchauffer l'empathie, on peut mentionner la reprise d'un événement important pour le patient au niveau familial ou personnel afin d'en préciser les conséquences. On peut demander à nouveau comment a évolué telle ou telle relation qui semblait plus difficile. On peut marquer que l'on se souvient d'un point ancien évoqué durant plusieurs entretiens.

L'empathie connaît des limites. Certaines personnalités transmettent une forte souffrance et ont beaucoup d'éléments à décrire ; l'empathie peut alors conduire à des entretiens extrêmement longs, ce qui est souvent contre-productif. À l'image d'une rivière qu'il faut canaliser, il faut savoir mettre un terme et proposer un entretien ultérieur. L'empathie ne saurait fabriquer une forme d'encouragement vis-à-vis de conduites destructrices, antisociales ou néfastes pour les autres. Le processus psychothérapeutique amènera à poser la question sur ce que telle conduite ou attitude hostile ou désagréable peut susciter chez l'autre. Il faut aussi être à l'écoute de ses propres réactions pour comprendre par exemple

si une forme de « donquichottisme » ou de sympathie vis-à-vis de la transgression ne nous amène pas à être empathique pour des causes protestataires, de revendications, d'aide à une réparation...

L'empathie représente un élément clé de l'alliance thérapeutique. Ce sentiment naît chez le patient de la certitude que ses problèmes ont été compris par son thérapeute et qu'il œuvre avec lui dans l'idée d'une résolution. Ce travail en commun dépend fortement d'un autre aspect du kit d'assemblage représenté par l'art de la conversation.

Art de la conversation

Si le type de question ouverte, fermée ou à plusieurs possibilités de réponse appartient aux boulons et aux écrous des entretiens psychothérapeutiques, l'art de la conversation et le type d'intervention relève du kit d'assemblage. Sans doute qu'au XVIII^e siècle, dans les salons où se pressaient les courtisans, existait un art de la conversation où s'entremêlaient la politesse, la culture, le sens de la répartie, l'esprit. Sans doute, aussi, le silence attentif, la règle d'association libre, l'absence d'intervention ayant fondé l'attitude analytique ont permis une véritable écoute de la personne voire l'émergence du patient en tant que personne véritable. En effet, une différence radicale est apparue dans la transition d'une écoute du sujet par opposition à une écoute d'une pathologie qui était l'apanage de la psychiatrie classificatoire du XIX^e siècle. La médecine imposant une grille de lecture du sujet, dont le but vise à repérer le motif de consultation, les antécédents, les comorbidités, les principales anomalies du comportement, de la pensée, des émotions..., favorisant des entretiens plutôt structurés et directifs. L'art de la conversation implique d'utiliser à un moment ou à un autre des aspects allant de la clarification à la mise en lumière, de l'interprétation au déplacement.

Clarification

Son objet vise à préciser un point pour savoir si l'on a bien compris l'intention du patient. Un patient a pu donner beaucoup d'informations sur sa vie conjugale, réunissant plusieurs situations et relatant plusieurs événements. La clarification va par exemple passer par la question suivante : « Au travers de tous ces événements, avez-vous pensé que votre épouse était en train de s'éloigner de vous ? » ; ou bien, dans un contexte professionnel, une personne relate l'ambiance au travail : « Avez-vous eu le sentiment que l'on cherchait à vous évincer ou à vous rendre responsable ? ». La clarification sert à vérifier que l'on est bien sur la même longueur d'ondes et que l'on a bien saisi les propos d'un patient. Elle peut entraîner une réponse nette, mais également susciter des mécanismes de défense où l'on va au travers de la modulation effectuée dans les propos repérer des résistances psychiques. Une autre aide à la conversation est représentée par les liens ou la mise en perspective.

Faire des liens ou la mise en perspective

Ce type d'attitude favorise l'empathie et montre bien au consultant que l'on réfléchit avec lui. La mise en perspective réunit des éléments distants dans le temps, dans les aspects relationnels et tente de les rapprocher. Lorsqu'une personne évoque l'attitude méprisante dans son enfance de son père vis-à-vis de ceux qui se laissent aller, les faibles, les mous... et que quelque temps plus loin elle aborde ses difficultés relationnelles avec un supérieur hiérarchique jugé trop autoritaire et indifférent aux problèmes de l'entreprise, la mise en perspective peut relier ces deux éléments. Une question comme : « les propos de votre supérieur ne vous rappellent-ils pas [sous-entendu : dans votre enfance] les paroles de votre père ? » représente un aspect de la mise en perspective. Parfois, ces liens ont déjà été faits par le patient. Qu'un tiers extérieur les lui rappelle leur donne une importance plus particulière. D'autres liens peuvent être réalisés entre des événements et des émotions, entre des événements et les souvenirs du passé, lorsque par exemple on relie différentes situations où une personne s'est sentie désemparée ou impuissante. Ces aspects de lien ou de mise en perspective sont utilisés dans toutes les formes de psychothérapie. Lorsque l'on demande à une personne de réunir toutes les circonstances où des pensées négatives surgissent, voire de les inscrire dans une colonne, on favorise ce type de lien.

Déplacement

Une dimension mobilisatrice importante se réalise lorsque l'on invite une personne à se mettre à la place de quelqu'un d'autre pour émettre une opinion ou un jugement sur une situation problématique. Ce quelqu'un d'autre peut être soit neutre, soit impliqué : « À votre avis, comment réagirait un de vos amis si vous lui racontiez cette situation ? », ou bien : « quelle pourrait être la réaction de votre épouse, de votre conjoint s'il entendait les propos que vous tenez maintenant ? » Ce déplacement fait globalement appel à la théorie de l'esprit. Il s'agit de la capacité qu'a une personne de se représenter ou de se figurer l'état d'esprit et le point de vue de l'autre. On sait que la théorie de l'esprit manque dans des pathologies psychotiques ou autistiques. On sait également que l'on peut travailler cette dimension en invitant régulièrement le sujet à réfléchir à ce que pourrait être le point de vue de l'autre.

Dans les difficultés conjugales, les problématiques de couple, cette technique apparaît extrêmement utile. En effet, il faut l'accentuer car bien souvent les gens répondent : « il ou elle ne comprend pas tel ou tel aspect ou refuse d'admettre tel point de vue ou se comporte toujours de la même façon... ». Mais dans la stratégie du vrai déplacement, on

demande : « Si cette personne était assise à côté de vous et entendait vos propos, à votre avis qu'est-ce qu'elle penserait ou qu'est-ce qu'elle répondrait ? » Le déplacement révèle une capacité de mobilité psychique. Il est un signe de souplesse intellectuelle, il encourage une forme de dialogue intérieur qui respecte l'autre. On essaie en effet de comprendre comment l'autre réagit et ce qu'il peut ressentir.

Interprétation

L'interprétation traduit une hypothèse explicative que soumet le thérapeute à son patient. L'interprétation a souvent été abordée sous le seul angle de la psychanalyse, comme une forme de révélation d'un sens caché. Un premier aspect de l'interprétation concerne la prudence ; une interprétation doit être testée avec une certaine forme d'humilité. Il s'agit de solliciter le sujet sur une hypothèse possible en lui indiquant qu'il ne s'agit pas de la seule hypothèse mais que l'on pourrait pendant quelque temps réfléchir sur celle-ci : « Ne pensez-vous pas qu'une explication parmi d'autres pourrait être ... ? ». Dans le processus psychothérapeutique, l'interprétation ne cherche pas la vérité absolue. Il s'agit d'un outil de mobilisation du psychisme amenant le sujet à réfléchir sur cette hypothèse, parfois à l'écarter fortement, parfois à en admettre quelques aspects positifs. Dans une image, Freud comparait la psychothérapie à une sculpture. Chaque interprétation peut être assimilée à un coup de ciseau ou de burin administré au bloc de marbre dans le but de faire surgir progressivement la statue du sujet. Lorsqu'une interprétation est proposée, sa pertinence découle de la connaissance de l'histoire du patient dans ses dimensions cachées ou manifestes. Il est donc nécessaire de repérer les réactions provoquées par cette interprétation. Les comportements, les émotions ou les pensées qui vont surgir, sont capitaux. Parfois, des manifestations inconscientes apparaissent sous la forme de rêves ou sous la forme de résistances attaquant l'interprétation proposée. Le terme d'interprétation sauvage décrit des interprétations trop rapides, incompréhensibles ou inassimilables par le sujet du fait de leur précocité dans la relation, ou bien dont il se défend très fortement. Le patient peut les ressentir comme brutales voire agressives. Évoquer dès le deuxième entretien une homosexualité latente revient à heurter un sujet ou à le confronter à des éléments un peu connus de lui mais qu'il rejette et ne souhaite pas voir. Il y a un moment où faire venir une proposition d'interprétation et un tempo à respecter.

Capacité à créer une histoire

Une psychothérapie, c'est une aventure partagée par deux êtres. L'aventure a un but ! Elle cherche à obtenir un soulagement, un changement, une meilleure compréhension. Certains patients ont cette capacité de

nous embarquer dans leur vie ou leur histoire personnelle : on les aide à découvrir et à trouver leur propre chemin, dont ils ont déjà bien souvent une idée ; ils ont besoin de la confronter à une autre pensée ou un autre vécu. Pour d'autres, le périple paraît plus tortueux, obscur, à créer. Le thérapeute doit imaginer, forger, un scénario. Cette construction est co-bâtie avec son patient. Elle lui est proposée pour avis et réflexion.

Cette scénarisation présente deux intérêts. D'une part, elle montre qu'un enchaînement d'événements disparates semble avoir un sens : comment plusieurs relations sentimentales difficiles dévoilent un attachement ou une difficulté liée aux images parentales, par exemple. D'autre part, elle peut soutenir un intérêt faiblissant devant des patients ennuyés dont l'imaginaire est pauvre et la capacité de rêveries ou d'association d'idées restreintes. Ces patients appelés « opératoires » ou « alexithymiques » ne vivent et ne s'expriment que dans le réel et le concret. Au bout d'un moment, quand le récit d'une journée et d'une activité ne fournit que des faits et des actes, on s'ennuie. Il n'est pas si passionnant d'entendre comment on a réparé un moteur, les phases du démontage, le choix des outils, la dimension des clés, le remplacement d'une pièce ou d'un joint, la nécessité d'un alésage, les phases du remontage des pièces... Un invincible sentiment de désintérêt envahit alors le thérapeute même s'il se trouve être un peu bricoleur. Et là, de multiples questions doivent remplacer l'impression de vide imaginaire ou de limitation des possibilités d'expression du patient. Quelles sont ses passions, peut-il exprimer des émotions et sur quels aspects ? Y a-t-il une forme de rêverie ou de créativité autour de son bricolage ? On peut alors découvrir un imaginaire caché ; des rêveries d'améliorer un rendement, une puissance ou une consommation ; des schémas ou des croquis pour le travail, des rêves certes concrets témoignant de la mise en route de l'activité d'imagination autour de faits.

Un jeune adolescent s'exprime peu et la relation semble difficile à nouer ; il joue beaucoup aux échecs, où il est brillant. Son imaginaire peut se déployer non seulement dans les pièces – rois et reines, cavaliers et tours, leur force et leurs trajectoires... – mais aussi dans le déploiement des forces et des pièces sur l'échiquier, dans le jeu d'attaque ou de défense, l'envie d'amener l'adversaire à la faute, les pièges ou l'idée de le massacrer...

Créer une histoire ajoute du sens pour les deux protagonistes de la psychothérapie et permet souvent à un patient de dire : « J'ai pu comprendre tel conflit ou telle difficulté. ».

CHAPITRE 4

Premier entretien thérapeutique : le kit d'assemblage

Si l'on se réfère à ce meuble à assembler, le kit d'assemblage du premier entretien donne l'allure générale, la superstructure, l'ébauche du meuble à construire. Les premiers entretiens, le premier ou le second, fournissent des renseignements essentiels sur ce que sera l'évolution générale d'une psychothérapie. On pourrait parler, si l'on utilise le langage des psychanalystes, d'entretien préliminaire ou, si l'on utilise le langage des thérapies cognitives, d'entretien programme. En effet, se dévoile dans ces rencontres initiales l'essentiel des problématiques que l'on aura à traiter.

Une précaution initiale vise à séparer l'intérêt pour la *forme* ou l'intérêt pour la *fonction*.

- Si on privilégie la forme, on prend une direction sémiologique. On s'intéresse à l'état mental du patient et l'on observe des symptômes d'anxiété, de tristesse, d'anomalies du cours de la pensée... Pour ces symptômes, on évalue une intensité, une durée, des fluctuations. L'approche formelle permet de construire un diagnostic, par exemple celui d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur, d'un état psychotique aigu...
- l'approche fonctionnelle s'intéresse à une explication à l'origine des symptômes. Un deuil explique la tristesse, un événement inquiétant rend compte de l'anxiété, une prise de produits toxiques illustre des symptômes psychotiques. En privilégiant la fonction, on donne une grande importance au sens, mais on peut méconnaître un diagnostic précis d'une pathologie, la répétition de cette pathologie pouvant être très invalidante pour le sujet.

Le kit d'assemblage concerne les premiers entretiens mais aussi les entretiens ultérieurs. Les objectifs en sont assez différents. Les premiers entretiens vont chercher à préciser la nature de la demande, le choix des ingrédients à mélanger, une réflexion sur les résistances aux changements, les objectifs ou les buts à atteindre. Généralement, les entretiens ultérieurs sont dictés par la nécessité d'un soutien dans une circonstance spécifique, soit font l'objet d'une focalisation sur une thématique ou une autre, soit choisissent un axe de réflexion autour de la personnalité ou d'aspect dynamique.

Quelle est la demande du patient ?

Ce point est essentiel ; il doit s'imposer dès les premiers moments au psychothérapeute ; à la fin du premier ou du second entretien, une réponse doit pouvoir se formuler. Des patients arrivent à un entretien avec une demande apparente et bien souvent une demande cachée ou latente. La demande apparente peut être claire, facilement reconnaissable, liée à un problème spécifique : les difficultés à assumer une liaison extraconjugale, l'impossibilité à se séparer d'un parent, un sentiment d'insuffisance. Parfois, la demande apparente s'inscrit dans un registre organique : une fatigue, un trouble du sommeil, des douleurs multiples, un sentiment de mal-être. Mais le médecin sent bien que la demande réelle se situe dans un tout autre domaine dont le symptôme organique représente la face facilement explicable, transmise au médecin.

Un cas particulier se situe lorsque la rencontre n'a pas été désirée par le patient, qu'elle lui soit imposée par une situation médico-légale, par un conjoint, par un trouble du comportement qui l'a amené aux urgences. Dans ce cadre-là, les attentes du médecin et du patient sont diamétralement opposées. Le patient cherche à banaliser, à échapper à toutes réflexions psychiatriques. Il va donc utiliser toutes les armes possibles : minimiser, dénier, parfois mentir, faire preuve de réticences, bref tout faire pour ne pas entrer dans un dialogue. Le médecin quant à lui posera des questions dans le but de mettre à jour des difficultés psychiques ou une pathologie mentale. Ces entretiens sont difficiles, le médecin cherche l'alliance, le patient cherche la fuite. Ces contextes sont très fréquents en matière de psychopathologie et représentent le contexte de non-demande. Les demandes latentes touchent souvent les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou certains aspects comportementaux tels les comportements violents ou les répétitions dans l'existence ou dans la destinée d'une personne de schémas néfastes. Vis-à-vis de la demande, il est toujours important d'essayer de focaliser celle-ci afin de ne pas laisser des demandes trop vastes, trop floues ou manifestement irréalistes s'inscrire dans l'entretien. Trop vastes, il peut s'agir de changer de personnalité ; trop floues, « je veux comprendre pourquoi je me sens mal ou insuffisant » ; trop irréalistes, « je n'arrive pas à comprendre pourquoi, alors que j'ai consulté plusieurs médecins, personne n'arrive à me guérir ... ».

Une bonne partie du travail autour de la demande consiste à repérer ce qui est sous-entendu dans la demande apparente et quelles peuvent être les demandes latentes, exprimées ou pas. Parmi les demandes les plus habituelles, on retrouve souvent le besoin de se confier, le souhait d'obtenir une réassurance sur le fait d'être fou ou pas fou, le besoin de compréhension ou d'explications sur des

états psychiques inhabituels pour le patient, le désir d'obtenir un médicament vis-à-vis de l'insomnie ou de la tristesse. Lorsque la demande paraît extrêmement imprécise, il n'est pas inutile de poser à une ou deux reprises des questions du type : « en quoi puis-je vous aider ? », ou bien « qu'attendez-vous de moi ? ». D'autres modalités de questions dans le même style sont également utiles. Un autre aspect essentiel dans le premier entretien est d'arriver à dégager les ingrédients de l'assemblage de la demande.

Le cocktail issu de la demande

Généralement, ce cocktail comporte un mélange de trois ingrédients dont il convient de repérer les parts respectives. Ces trois ingrédients sont le soutien, la compréhension, le souhait d'un changement. On comprend que ces trois ingrédients varient beaucoup d'un sujet à l'autre et d'un contexte à un autre.

Soutien

Parmi les composantes du soutien, on peut mentionner la valorisation, la réassurance, l'encouragement. La valorisation permet de souligner, de mettre en exergue des aspects positifs que le patient a su réaliser. Arriver à s'opposer sans se mettre en colère ou à faire valoir son opinion en est un exemple. La valorisation apparaît d'autant plus nécessaire qu'il est plus fréquent d'entendre des critiques, une disqualification de soi qu'une approche positive. La valorisation renforce l'estime de soi ; celle-ci est bien souvent défaillante chez beaucoup de patients ; cette stratégie de valorisation doit être utilisée à bon escient et pas de manière trop répétitive pour ne pas sembler être une approche standardisée ou stéréotypée.

La réassurance définit une autre forme de soutien. Il est souvent très utile de montrer au patient que l'on a confiance en lui et que l'on pense qu'il réussira à accomplir des choses positives. La réassurance peut s'exprimer en fournissant des explications sur certains états mentaux ou certains effets secondaires. Une autre forme de réassurance consiste à rappeler au patient que ce qu'il ressent porte un nom, qu'il s'agit d'une affection comme une dépression, un trouble anxieux, que cette affection est fréquente, partagée par beaucoup d'êtres humains, qu'on peut la soigner. Une autre forme de réassurance consiste tout simplement à essayer de comprendre toutes les facettes d'une situation ou d'une difficulté. Parfois il est nécessaire de demander un autre avis : celui d'un cardiologue, d'un neurologue ou d'un endocrinologue. Demander cet avis complémentaire rassure le patient car il sent qu'il est pris en considération et pas installé sur le banc de touche des blessés psychiques, à l'écart du jeu de la vie.

Encouragements

Ils sont toujours nécessaires lorsqu'un patient est face à des difficultés s'échelonnant sur plusieurs semaines, plusieurs mois. Encourager quelqu'un à tolérer des symptômes de sevrages en représente un aspect, encourager une personne phobique à oser sortir par petites étapes en représente un autre. L'encouragement est différent de l'invigoration ou de l'exhortation. L'encouragement est une modalité souple admettant la pause, l'échec puis la reprise de l'effort. L'invigoration ou l'exhortation sont des modalités beaucoup plus directives, dont l'efficacité reste incertaine. En effet, lorsque l'on invigore ou que l'on exhorte, on se heurte souvent à des objectifs à atteindre trop difficiles et dans le fond à une impossibilité. Parfois le soutien tient à peu de chose : simplement à avoir écouté, avoir dit que l'on était là s'il y avait un souci, avoir laissé un numéro de téléphone où l'on peut être joignable, avoir répondu à un courriel ou un SMS.

Compréhension

Dans l'art de comprendre les difficultés d'un patient, il y a plusieurs étapes importantes : la première consiste à obtenir une description précise de la situation dans laquelle le sujet se trouve. Cette description permet de faire partager à quelqu'un une problématique. Ce n'est pas toujours si facile. Dans cette description il est important de saisir à quel point le patient en est arrivé dans l'analyse de son problème. Une seconde étape consiste souvent à savoir quelles ont été les pistes ou les suggestions émises par les amis, les proches ou les autres confrères. En effet, le patient s'est sans doute confié à d'autres personnes qui lui ont proposé une attitude ou une autre. Il attend du thérapeute une réflexion un peu différente ou plus originale. Pour permettre cette différence, encore faut-il savoir quels ont été les conseils précédents. L'art de la compréhension se cultive. Certes, il existe des thérapeutes très subtils, très fins, qui intuitivement comprennent la problématique des patients. Pour d'autres, la répétition de situations et leur expérience acquise au cours des années de pratique facilitent cette compréhension. Mais dans la plupart des cas, l'art de la compréhension s'exprime dans un chemin réalisé à deux. Le thérapeute fait préciser certains points, par des questions prudentes, il renvoie sa propre manière de voir. Bien des patients expriment des réserves devant cette compréhension de la façon suivante : « J'ai déjà plusieurs fois analysé ce problème, je me connais bien, j'y ai déjà beaucoup réfléchi... ». Une réponse consiste à leur dire qu'aussi perspicace que l'on soit on ne se voit qu'avec ses yeux et son prisme d'analyse. Un autre regard, une autre manière de penser s'avèrent toujours utiles.

Possibilités de changements

Pour beaucoup de patients le changement est perçu comme une transformation radicale. Le papillon sortant de son cocon en représenterait le modèle. En fait, les nécessités de changement doivent toujours être conçues par petites étapes, pas après pas ; seuls certains sujets sont prêts à des changements radicaux, modifient profondément leur existence à l'exemple d'Arthur Rimbaud, qui de poète de génie devient responsable commercial d'un comptoir en Abyssinie et trafiquant d'armes, de Paul Gauguin devenant peintre ou de Jacques Brel abandonnant sa carrière de chanteur pour vivre aux îles Marquises. Certaines personnes souhaitent être accompagnées dans leur changement ou, une fois le changement réalisé, souhaitent en reparler pour donner un sens à une modification radicale de leur destin ou de leur trajectoire existentielle.

Ces trois ingrédients, soutien, compréhension et changement se mêlent assez intimement dans les premiers entretiens. Il appartient au thérapeute de réfléchir à leur dosage de la même façon qu'un œnologue réfléchit à l'assemblage des différents cépages qui constitueront son vin. Mais une autre étape importante, voire indispensable dans les entretiens, tourne autour de la réflexion concernant les résistances aux changements.

Pourquoi ça ne change pas ?

Jeune thérapeute à l'écoute des difficultés conjugales d'une jeune femme confrontée à un mari infidèle, parfois violent, parfois méprisant, on a pu avoir la tentation de se dire, voire d'encourager la patiente à quitter son mari. Or il s'avère que cette attitude logique, rationnelle, peut être tout à fait impossible. Pourquoi ? La séparation peut entraîner la solitude, elle peut être à l'origine de difficultés financières ou de précarité ; elle peut déjà avoir été tentée et avoir été infructueuse ; malgré le discours apparent il existe un amour réel de la part de cette personne. Ainsi se dévoile toute une série de résistances au changement dont l'analyse est capitale.

Résistances

Les *résistances* au changement ont de multiples causes : il peut s'agir de composantes masochistes de la personnalité où la souffrance est certes pénible, mais reste supportable au regard d'autres gratifications. La résistance au changement peut venir d'une routine existentielle dont on a peur de sortir. Elle peut être sous-tendue par des messages parentaux ou du milieu social disqualifiant un divorce ou une séparation. Devant un sujet alcoolique dont les rechutes sont innombrables qui reconnaît son alcoolisme et peut en citer

des facteurs favorisant, la résistance au changement peut venir du fait qu'il n'existe aucune autre stratégie lui assurant la même détente que la prise de l'alcool. En l'absence d'alcool, dominant l'ennui, le vide existentiel, la tristesse ou la morosité. Toutes les tentatives d'interruption confrontent le sujet à des sentiments pénibles ou négatifs.

Dans d'autres cas, il existe des *bénéfices secondaires* expliquant que ça ne change pas. Dans certaines situations de couple, la dépendance de l'un répond au désir de réparer de l'autre. Dans d'autres cas, certains conflits en masquent d'autres.

Impasses

Les *impasses* caractérisent d'autres situations bloquant toutes formes d'évolution ou de changement. Une impasse se dévoile quand toutes solutions entraînent des désagréments majeurs, voire pires que le problème initial. Tout changement devient alors impossible. Dans une situation où des enjeux de loyauté s'expriment de façon différente, l'impasse peut apparaître. Lorsque l'on sait qu'avouer quelque chose fera du mal ou détériorera une relation mais que maintenir la situation actuelle aggrave une forme de mal-être, on se trouve dans une forme de l'impasse. Parfois, les motifs de non-changement peuvent être liés à ce que l'on a appelé une névrose de destinée, d'échec ou de répétition. L'exemple caricatural est représenté lorsque, après un premier conjoint alcoolique et violent, une personne choisit un second compagnon alcoolique et violent, voire un troisième ayant les mêmes caractéristiques. Ces névroses de destinée appartiennent aux phénomènes de répétition.

Buts à atteindre

Généralement, à la fin des premiers entretiens, le thérapeute et son patient peuvent trouver un accord sur des buts souhaitables pour les entretiens ultérieurs. Ces buts, assez précis, représentent un objectif repérable par le patient ; ils sont un des moteurs de l'alliance thérapeutique, ils amènent le patient et son thérapeute sur une voie commune. Il est évident que les buts à atteindre doivent être concertés et fortement souhaités par le patient. Il est important de définir des buts réalistes, notamment avec des patients qui ont des pathologies sévères. Certains sujets peuvent avoir des souhaits magiques, des fantasmes d'amélioration absolue, des désirs tout à fait irréalistes. Des buts plus modestes doivent être définis. Ces buts ne doivent pas être considérés comme une fin en soi ; ils peuvent être modifiés, voire changés profondément. On peut séparer différents types de buts à atteindre :

Buts de changement de « manière d'être » ou de personnalité

Ils font souvent l'objet de demande : « j'aimerais ne plus réagir de telle ou telle façon... j'aimerais être moins vulnérable à la critique... je souhaiterais avoir plus confiance en moi... ». Lorsque ces buts sont définis, il faut préciser à quelles nécessités internes ils répondent. On a dès lors intérêt à comprendre comment se sont mis en place les éléments négatifs, les résistances internes, les conflits intrapsychiques qui empêchent de les atteindre.

Buts de vie

Ces buts sont un peu différents des buts de changement de personnalité. Parmi les buts de vie, certains mentionnent la prise de distance par rapport au monde professionnel, l'harmonisation de grands équilibres de l'existence entre le travail, la famille, les loisirs. Il est souvent utile de revenir sur les buts à plusieurs moments d'une thérapie. En effet, parfois au fil des entretiens, d'autres priorités semblent survenir ; elles paraissent modifier les priorités précédentes. Même si certains buts de vie ne sont pas atteignables, trop difficiles ou inaccessibles, la réflexion suscitée n'est pas perdue.

Clotilde est consultante en aéronautique. Elle a obtenu par une relation influente le poste qu'elle occupe, mais elle sait qu'aux premières difficultés son emploi sera menacé. Clotilde aide sa mère veuve en restant auprès d'elle et en lui apportant un peu d'argent. Sa mère lui a longtemps fait comprendre qu'elle s'était sacrifiée pour amener Clotilde à devenir ingénieur. Si Clotilde reste dans son emploi et auprès de sa mère, elle compromet son avenir personnel et sa carrière. Si elle quitte sa mère, elle ressent une forme de culpabilité et un sentiment de dette impayée.

La demande de Clotilde est simple à énoncer : « Comment faire évoluer une situation figée ? ». Les entretiens doivent porter sur les buts de vie, l'autonomie, la dette vis-à-vis des parents, mais aussi sur la capacité à s'émanciper.

CHAPITRE 5

Qualité d'une psychothérapie : quelques repères

Si le ou les premiers entretiens permettent de comprendre une demande, le thérapeute se sent désarmé pour dégager une ligne directrice ou une conception d'ensemble concernant les entretiens ultérieurs. Dans la comparaison avec la construction d'un meuble selon un mode d'emploi, les entretiens ultérieurs permettent d'arriver au meuble fini, propre, vernis. On considérera alors que ce meuble peut être placé dans différentes situations, ces situations peuvent être des situations médicales classiques, des situations de souffrance psychique réactionnelles ou des contextes de pathologies mentales.

Selon la théorie qui guide ces entretiens ultérieurs, ils peuvent être menés de façon très différente. Si on suit une théorie psychodynamique, on laisse venir, au fil des associations libres, les points qui se dégageront comme étant les plus importants dans le discours du patient. On travaille en permanence entre les propos manifestes et le contenu latent ou symbolique des propos. On recherche une symbolisation et un aspect métaphorique. Si l'on suit un système de lecture issu des théories cognitives, on s'attachera à retrouver des pensées dites dysfonctionnelles, des schémas de pensées irrationnelles, des fausses croyances. On essaiera de repérer dans quel contexte elles surviennent. On tentera de les relier à des pensées et à des émotions.

Une autre voie peut être choisie. Elle ne peut pas être tout à fait athéorique, mais elle tient compte des trois manières les plus courantes dont s'orientent les entretiens au fil de plusieurs consultations. Il faut cependant dire un mot de quelques écueils habituels, susceptibles de rendre complexe la gestion de plusieurs entretiens.

Écueils à éviter

Syndrome de Saint Sébastien

Un thème classique de la peinture de la Renaissance montre sur différents tableaux Saint Sébastien percé de multiples flèches, en

situation de martyr. Ce tableau symbolise une forme d'entretien fait de questions touchant trop de domaines, allant dans tous les sens. Il en est de même des entretiens qui abordent de multiples thèmes, tous paraissant relativement importants pour le patient. Il n'y a cependant aucun lien logique entre ces thèmes. Certains concernent des plaintes, d'autres des faits de la vie quotidienne, d'autres des difficultés de relations interpersonnelles. En ce contexte de syndrome de Saint Sébastien, le patient éprouve l'impression qu'on a parlé de tout et de rien. Le thérapeute peut être enseveli, voire tout à fait noyé, sous l'ensemble des données. Si l'on garde cette comparaison, une ou deux flèches sont utiles, une dizaine de flèches ne font que perdre le patient et son thérapeute.



Dosage des silences

Patient et thérapeute éprouvent une compréhension diamétralement opposée du silence. Pour le patient, le silence est un vide, il est inquiétant ; il peut être ressenti comme une menace, un jugement, une évaluation. Pour le thérapeute, le silence permet une certaine « respiration psychique » pour le patient ; le silence autorise une réflexion, il permet aux deux protagonistes d'avancer dans la thérapie. Plusieurs patients sont tout à fait déstabilisés par le silence. Certains peuvent abandonner une thérapie en exprimant : « Mon thérapeute est resté trop silencieux, je ne savais pas quoi lui dire, il ne se passait rien... ».

Dans les premiers entretiens, le mode conversationnel doit être préféré. Il est parfois utile d'expliquer au fur et à mesure des entretiens que des silences peuvent survenir pour permettre une réflexion et un meilleur approfondissement des pensées et des émotions. Le patient peut alors comprendre l'intérêt et la valeur d'un silence qui lui semblait obscur ou menaçant. Plusieurs patients, après de nombreux entretiens, arrivent à dire qu'ils se sont sentis déstabilisés par le silence et le regard de leur interlocuteur.

Récit des faits de la vie quotidienne

Il s'agit d'entretiens qualifiés « d'entretiens de salon de thé ». L'essentiel de l'entretien raconte toute une série de menus faits des jours précédents, des rencontres, des courses avec des amies, des discussions avec les profs, du bricolage, des sorties... Ces entretiens de salon de thé ont parfois une valeur d'écoute devant des patients très isolés et très solitaires. Dans d'autres cas, il s'agit d'une forme de remplissage, d'occupation du temps. Il est alors souvent nécessaire d'infléchir ce type d'entretien vers une thématique plus spécifique ou un questionnement psychique. Si cette réflexion n'est pas réalisée, le patient a le sentiment de discuter avec son thérapeute comme il discute avec sa voisine ou avec son groupe de dialogue sur l'ordinateur.

Ces écueils étant posés, les entretiens peuvent suivre trois grandes directions : le choix d'un thème, l'approfondissement d'un mode relationnel et l'émergence de l'imaginaire.

Choix d'un thème

Dans bien des cas, ce thème peut être un stress ou un événement traumatique. Il est capital d'entendre l'importance d'un événement proposé par le sujet. Parfois, certains semblent anodins, dérisoires ou de l'ordre du banal : un changement dans la rue, des arbres abattus, des vignes arrachées, un animal de compagnie disparu. Répondre à

cet événement par : « cela arrive... c'est normal » peut disqualifier le patient, et au-delà la thérapie. Le stress, par définition, représente une circonstance qui entraîne une tension psychique. Qu'il s'agisse d'une séparation familiale, d'un accident, d'un conflit professionnel, d'une dispute, tous ces événements sont à l'origine de pensées répétitives et d'émotions négatives comme l'anxiété ou l'angoisse. Le traumatisme va au-delà de l'événement de vie stressant ou difficile. Il est soudain, il est imprévu, il implique un danger, il entraîne une menace vitale, un risque de mort, un danger pour sa survie. Lorsque l'on approfondit un thème, on suit généralement des étapes progressives.

L'importance de ce thème pour l'individu peut s'expliquer soit par le bouleversement qu'il entraîne dans la vie du sujet – et ce bouleversement doit alors être approfondi –, soit par un phénomène de répétition que l'événement en cours met au jour en se révélant être une reprise, une redite d'un événement antérieur du passé. Ce phénomène d'écho peut renvoyer à des souvenirs douloureux ou traumatiques.

Une autre étape cherche à relier un ou des événements à des émotions : en quoi un événement est-il anxiogène, source de tristesse, source de rancœur ou d'hostilité. Il arrive que le langage et le discours social nivellent les émotions, amenant à un sentiment de simple inconfort ou de banalité : « Ça a été difficile comme ça l'est pour tout le monde, ce sont des circonstances toujours un peu gênantes. ». Il faut alors essayer de préciser le vécu spécifique de la personne, il peut être poli et modulé dans le langage mais profondément douloureux et pénible dans son vécu interne.

Enfin, la mise en perspective d'un thème peut se faire sur plusieurs entretiens pour comprendre sa place dans l'histoire d'un sujet, dans ses relations à ses parents ou à ses proches. Pour approfondir un thème, il est parfois utile de terminer un entretien sur une des perspectives de l'approfondissement : « Nous avons vu aujourd'hui cet aspect ou cette dimension, peut-être pourrions-nous réfléchir la prochaine fois sur tel autre aspect ou telle autre dimension ? ». Cette ouverture d'une interrogation pour le prochain entretien montre bien qu'il existe une continuité de pensée et une idée générale qui sous-tend le mouvement et la répétition des entretiens.

Ceci est particulièrement important lors de la survenue d'événements traumatiques, où le travail de lien avec les émotions et de mise en perspective permet parfois, au fil des associations de pensée et de la réflexion, de retisser un système de représentation et d'idées que le traumatisme a perforé. Cette perforation s'exprime soit par une sidération de la pensée, soit par une répétition en boucle des mêmes thèmes.

Une autre approche concerne l'approfondissement relationnel, la réflexion que l'on peut mener sur les relations que l'on noue avec soi ou avec les autres.

Approfondissement relationnel

Beaucoup de motifs de souffrance tirent leur origine d'une situation relationnelle. Les séparations ou les divorces peuvent susciter un sentiment d'abandon, de solitude, voire de détresse. Les conflits professionnels mettent en jeu, quand il s'agit d'un supérieur, des sentiments de dépendance, de confiance ou d'humiliation. Quand il s'agit d'une rivalité il existe des sentiments de compétition, d'injustice, de disqualification. Ces aspects relationnels sont d'autant plus néfastes qu'il a pu exister à un moment un sentiment d'amitié, ou de rapprochement, ou de respect. Ce sentiment a pu évoluer progressivement vers des idées plus négatives, hostiles, voire blessantes. On peut donner plusieurs modèles de difficultés relationnelles.

- Dans des contextes de harcèlement moral ou dans des situations de séparation de couple, plusieurs personnes éprouvent le sentiment d'une emprise à laquelle a succédé un vide, comme si une partie d'elle-même avait été emportée ou amputée. Ce sentiment d'emprise évolue au fil du harcèlement par un temps où la personne a été valorisée, félicitée, mise en avant. Progressivement cette situation s'est altérée, des remarques ont été faites sur son travail, ses capacités, ses erreurs voire ses fautes. Lorsque la disqualification et le harcèlement se mettent en place, la personne est profondément blessée, humiliée. Il en va de même dans certains couples, après une relation fusionnelle où l'un était sur un piédestal, une dégradation survient, puis une indifférence puis, lors de la séparation, un sentiment de gâchis, d'années perdues, de disqualification.

- Une autre modalité relationnelle découle généralement d'un sentiment d'insuffisance de confiance en soi ou d'insuffisance de confiance dans les autres. Ces sentiments appellent à s'intéresser aux modalités relationnelles que l'on a pu nouer avec ses parents. Dans bien des cas vont apparaître des vécus de disqualification dans l'enfance : « Tu n'arriveras à rien, tu es nul... ». Ces disqualifications suscitent des réactions d'insuffisance, un manque de confiance en soi. Le patient et le thérapeute doivent se plonger dans le vécu des expériences infantiles ou d'adolescences et essayer de comprendre quelles ont été les conditions éducatives et le climat qui ont entouré ces périodes. Dans ce contexte, on revient souvent sur le caractère des parents et sur les circonstances difficiles qu'ils ont pu traverser. Ces circonstances relèvent du déracinement en changeant de pays, de bouleversements dans des situations de vie, de

graves maladies ou de troubles psychiques en lien avec l'alcoolisme, la dépression ou la psychose.

Dans ces aspects relationnels, il arrive souvent que le patient prenne conscience qu'un des enjeux actuels n'est que la répétition, on l'a vu plus haut, d'une situation infantile à peine modifiée. Cette répétition peut se lire pour les uns comme une compulsion de répétition, pour les autres comme une reprise de schéma de pensées dysfonctionnelles.

Une autre modalité relationnelle vise à faire réfléchir un patient sur les sentiments et les pensées que ses attitudes ou sa manière d'être ou de faire, peuvent entraîner chez les autres. Lorsque l'on demande à quelqu'un : « que peut susciter votre manière d'être ou de faire chez votre conjoint ou pour vos enfants ? », cette question est généralement difficile. Parfois les patients y ont déjà pensé, mais ils aboutissent toujours à une forme de réponse. Le rôle du thérapeute peut être soit de les inciter à réfléchir de façon plus profonde ou différente, soit de leur proposer d'autres manières de voir. Cette ouverture de perspective est remarquablement utile en thérapie. Elle permet à un patient de prendre conscience de ce qu'il peut susciter chez l'autre, de se rendre compte, dans un climat plus neutre et dépassionné, qu'il existe d'autres systèmes de compréhension.

Jeanne, mère célibataire, fonctionnaire dans les hôpitaux, s'est sacrifiée pour son fils. Grâce aux heures supplémentaires qu'elle faisait, elle a pu lui payer des vacances, des vêtements de marque, des cours particuliers. Au fil et à mesure que Victor, son fils, gagnait en âge et en autonomie, il trouvait la relation avec Jeanne, sa mère, un peu oppressante et lourde à supporter. Lorsque Victor, après son bac, commence ses études supérieures, il signifie à Jeanne qu'il veut être autonome, qu'elle lui pèse. Jeanne souffre intensément. Elle se sent victime, elle s'est sacrifiée, n'a jamais refait sa vie. Elle exprime à Victor, en pleurs, son sentiment d'être trahie, de s'être sacrifiée sans reconnaissance de la part de son fils. Le travail psychothérapeutique va viser à faire comprendre à Jeanne que son fils souhaite qu'elle s'autonomise, qu'elle vive pour elle-même, qu'elle ait d'autres projets et ambitions dans sa vie que simplement son fils.

Parmi les modalités relationnelles, certains patients suscitent une forme ou une autre de séduction et de sympathie. Pour cela, ils bénéficient d'un capital d'intérêt qui leur est favorable. Plus difficile s'avère la prise en charge pour les patients qui suscitent de l'ennui, du désintérêt, voire des contre-attitudes. Le thérapeute doit dans ce cadre faire un important travail pour comprendre le sens des vécus internes qu'il éprouve et essayer de travailler

avec. L'ennui est souvent le cas avec des personnalités dites « opératoires ». Ces personnalités vivent dans le concret, les faits, l'hyper-réalité. L'hostilité peut provenir de patients qui disqualifient en permanence le thérapeute de plusieurs façons : « Ce que vous me dites, on me l'a déjà dit, je ne vois pas à quoi ça sert de parler et de redire les mêmes choses, on discute quelques dizaines de minutes et après on se retrouve seul avec ses problèmes, vous écoutez et vous pensez à autre chose. ». À partir de la réflexion sur ces sentiments hostiles que l'on peut ressentir, peut se dégager la notion d'une détresse profonde de certains patients qu'ils aménagent sur un mode relationnel d'attaque, de tension ou d'hostilité. Ces sujets ont souvent vécu des moments d'abandon, de désarroi intense et de solitude.

Une autre modalité de ligne directrice par rapport aux entretiens consiste dans l'émergence de l'imaginaire.

Émergence de l'imaginaire

L'émergence de l'imaginaire s'obtient également par le décollement du réel, l'accession à une forme de symbolisation. On peut décrire deux grandes modalités d'accès à l'imaginaire : celle des passe-temps, celle du rêve.

Passe-temps

Selon une expression de Shakespeare, « le jeu représente la manière dont je comprendrai la personnalité du roi ». La reconnaissance des pôles d'intérêt, des loisirs, des distractions, permet de comprendre quelles sont les principales zones du jardin secret d'un individu. Certains loisirs suscitent des sensations fortes. Certains jeux donnent des récompenses et des émotions. Des activités artistiques ou littéraires autorisent une libération de l'imaginaire sous la forme de créativité. Le sport peut se concevoir comme une source de plaisir dans l'effort, dans la réussite d'une performance. Il y a un mot à dire pour s'intéresser au fonctionnement des pensées du coureur à pied ou du cycliste. Dans bien des cas, même si les gens disent je ne pense à rien, ils ressentent des images, ils ont des associations d'idées qui peuvent exprimer leur imaginaire.

Le travail autour des rêves

« Je ne rêve pas, je rêve que de bêtises, des rêves idiots qui ne veulent rien dire... » ou bien « je rêve mais je les oublie toujours... ». Le rêve est un simple puzzle dont les pièces sont composées d'éléments de notre vie récente ou de notre vie passée, qui ont été réarrangés. Une première approche vise à faire réapparaître des rêves là où le fonctionnement psychique avait supprimé la souplesse, l'élasticité et la tolérance aux éléments imaginaires. Ce travail, important, permet de faire sentir au patient que sa vie symbolique et sa vie réelle sont autant

entrelacées que son corps et son psychisme. Les rêves associent un scénario et des émotions. La seule manière de comprendre le scénario est de demander au patient d'effectuer des associations, des liens avec son histoire personnelle pour replacer le rêve dans la trajectoire et la subjectivité du patient. Le premier rêve qui est annoncé dans une séquence d'entretien a pu être qualifié de rêve explicatif ou de rêve programme.

Les émotions liées aux rêves peuvent être de l'angoisse, de la tristesse ou de la terreur. Dans certaines dépressions sévères, soudain la tonalité des rêves se modifie : ils deviennent angoissants, ils mettent la vie de l'individu en jeu. Ce travail sur les rêves implique pour le thérapeute de se demander où il se situe dans le rêve et comment il intervient dans la reprise du processus onirique. La reprise de ce fonctionnement imaginaire est parfois mal vécue par les patients ; certains ont peur de rêver comme s'il s'agissait d'une perte de maîtrise sur leurs éléments conscients.

Ainsi, qu'il s'agisse du choix d'un thème, d'un aspect relationnel, ou d'un intérêt pour l'imaginaire, ces entretiens ultérieurs donnent tout leur sens à l'aventure psychothérapeutique. Cette aventure engage patient et thérapeute dans un voyage où l'un et l'autre progressent. Le thérapeute s'enrichit, il côtoie un autre monde, découvre des visions de la vie, des intérêts ou une richesse qu'il ne connaissait pas. Le patient comprend, s'il le souhaite et le peut, que ses attitudes peuvent avoir d'autres explications que celles qu'il entrevoyait jusqu'à présent. Il acquiert un troisième œil, une modalité de perception de soi-même dont il ne disposait pas jusque-là.

On sait qu'une thérapie a été efficace ou positive quand le patient peut définir le bénéfice dans sa vie ou dans sa compréhension de lui-même. Ce bénéfice peut émerger lors de circonstances difficiles ultérieures, lors de nouveaux traumatismes. Les résistances pour reprendre une thérapie seront moindres, le sujet en percevant un bénéfice sensible.

Conclusion

Selon les cas, une modalité, une thématique ou une autre aura émergé. Le fait que le patient perçoive l'existence d'un fil conducteur revêt une importance fondamentale ; si les premiers entretiens dévoilent l'essentiel des problématiques d'un sujet, ce sont les entretiens ultérieurs qui permettent les changements et laissent une réflexion s'installer. Plus tard arrivent à émerger des propos récurrents, des attitudes persistantes, des réactions de personnalité ou des fonctionnements de fuite, d'abandon de la thérapie. Si ces nouveaux aspects prennent une forme de crise, de conflit, il faut essayer de les aborder ainsi.

CHAPITRE 6

Comment décrypter ses émotions et son vécu ?

Dans la plupart des ouvrages de psychothérapie, on décortique les symptômes, les demandes et les processus en cause. Il existe souvent des paragraphes sur les notions d'alliance, de travail, les contre-attitudes ou la notion plus psychanalytique de contre-transfert. On comprend bien que, dans une psychothérapie, non seulement le patient ne laisse pas indifférent mais qu'au fil des entretiens les émotions ou les vécus du psychothérapeute peuvent se modifier. Même si une psychothérapie représente une aventure partagée par les deux protagonistes, certains contextes et certains patients susciteront chez tout psychothérapeute des vécus similaires. Or contrairement à la vie quotidienne, dans un processus psychothérapeutique on ne répond pas aux vécus ou aux émotions du tac au tac. En essayant de comprendre pourquoi de telles perceptions naissent chez le thérapeute, ce dernier s'instaure en caisse de résonance « des mouvements et des attitudes » psychiques de son patient. Mais cette attitude d'interrogation sur le pourquoi d'une hostilité, d'une peur ou d'un mouvement de réparation va déboucher sur des hypothèses concernant des mécanismes de défense ou des aménagements de la personnalité, communiquant au thérapeute un vécu ou un autre.

Le thérapeute, s'il se souhaite neutre, ne l'est que rarement. Son intérêt sera mobilisé par une dimension ou une autre, faisant écho à sa propre histoire. Ce sont ces mouvements internes chez le thérapeute qui justifient l'existence d'une forme de supervision allant de la supervision de pratiques au groupe Balint voire à la psychanalyse personnelle. La gamme des émotions ressenties par le thérapeute est large mais n'est pas infinie. Comme sur un nuancier, elles se déploient de la peur à l'affection voire à la tendresse, en passant par l'indifférence, l'ennui. Ainsi décrypter quelques-unes de ces auto-perceptions, de ces vécus, revient à se poser la question : pourquoi ce patient fait-il naître en moi ce type d'émotions, est-ce compréhensible, de quelle façon ?

Sentiment de peur chez le thérapeute

Il a déjà été évoqué plus haut les conditions de sécurité d'un entretien. Ces conditions concernent surtout les contextes de garde ou les rencontres avec des patients agités, toxicomanes, délirants. Ce sentiment n'est pas le plus fréquent mais il représente une valeur sémiologique majeure.

La peur peut naître du sentiment presque palpable qu'une menace réelle existe.

Arturo est épileptique, il est impulsif et se sent incompris. Il est en psychothérapie pour apaiser des moments de colère et de violence. L'espacement de ses crises amène un médecin-conseil de la sécurité sociale à lui refuser le 100 %. Dans les séances, Arturo livre une colère froide, rancunière. Il raconte qu'il a suivi ce médecin-conseil jusqu'à son domicile, il a repéré l'école où vont ses enfants, il envisage de se venger de manière froide et détachée. Ces propos deviennent terriblement inquiétants, avec des images de meurtre, de torture, d'enlèvement. Durant plusieurs entretiens, rien n'y fait. Avec un traitement la pression et le risque s'éloignent.

Le risque de passage à l'acte est considéré comme une contre-indication à la psychothérapie. Parfois ce risque apparaît ultérieurement ; il était méconnaissable au début. Ce risque est majoré fortement par la prise de toxiques ou d'alcool. Lorsque l'on est un thérapeute femme et que l'on éprouve un sentiment d'insécurité, il est utile d'aménager la relation en faisant intervenir un tiers.

Certaines personnalités où dominant l'étrangeté, le repli, la froideur, suscitent un mal-être, une inquiétude. Même si le patient semble calme, une prudence est de mise. Il s'agit souvent de personnalités dites schizoïdes. Dans d'autres cas, la peur survient en écoutant les antécédents d'homicide ou de meurtre décrits par certains patients. Lorsque l'on a peur, ou si l'on perçoit que certains patients, souvent des structures perverses, utilisent la peur pour déstabiliser le thérapeute, il faut reposer le cadre. Dans ce contexte, on précise avec le patient que la notion de peur, la menace, l'intimidation nécessitent une compréhension et que si cette compréhension s'avère impossible, la thérapie ne pourra pas progresser.

Il est une autre forme de peur, extrêmement fréquente, la crainte de voir son patient se tuer ou faire un geste suicidaire. Dans plusieurs cas, une hospitalisation sera indispensable. Dans d'autres cas, il faut aborder la question pour mettre en place des systèmes de sécurité : appels téléphoniques, visites plus rapprochées, courriels ou SMS. Certains patients pèsent, cachent avec une résolution extrême leurs idées de mort et de disparition. Dans ce cas, lorsque cette dernière survient, le thérapeute reste très désemparé. Il s'interroge sur des signaux qu'il n'a pas su comprendre ou décrypter. Certains décès sont imparables,

ils appartiennent au destin privé du patient. Le thérapeute les portera en soi comme autant de brûlures ou de souvenirs douloureux de son exercice professionnel.

Sentiment d'échec

Certes, ce sentiment peut naître après le décès ou la disparition d'un patient comme on l'a vu plus haut. Mais le plus souvent, le sentiment d'échec apparaît à la suite de la répétition de certains comportements. Les consommations d'alcool, les prises de toxiques, le maintien de certaines attitudes en représentent des exemples. Pour lutter contre ce sentiment d'échec, il faut avoir des objectifs thérapeutiques limités, de l'ordre du « micro-projet thérapeutique ». Il faut aussi savoir extraire d'une situation qui paraît immuable, comme un alcoolisme chronique, des moments ou des phases positives, plus constructives. Certains échecs thérapeutiques proviennent d'ambitions de soin trop importantes. Un espoir trop prononcé peut amener à une déception cuisante.

Certaines personnalités possèdent des traits de perversité les amenant à attaquer leur thérapeute. Les attaques portent sur sa compétence, ses capacités soignantes ou sur le processus thérapeutique en général, avec des propos tels que : « Ça ne sert à rien de parler... et une fois que j'ai évoqué mes difficultés avec vous je repars comme avant... vous ne faites rien pour m'aider... vous êtes incapable de m'aider... ». Les attaques contre le thérapeute témoignent de processus de défense archaïques. Il y a évidemment une profonde ambivalence dans l'hostilité vis-à-vis du thérapeute, et un désir éperdu qu'il représente une figure parentale réparatrice toute puissante. Lorsqu'un thérapeute se sent « malmené » par son patient, il est souvent nécessaire qu'il puisse l'évoquer avec un tiers. Ceci est l'intérêt des groupes Balint. À défaut, l'analyse du processus et de la contradiction qu'un patient continue à venir à ses consultations psychothérapeutiques tout en attaquant en permanence son thérapeute, peuvent engendrer des hypothèses utiles. Il peut être positif de demander au patient ce qui l'amène à réagir ainsi, ou de se demander quelle réactivation d'un processus familial se joue dans la relation psychothérapeutique.

Patients qui maîtrisent le processus

Certains patients arrivent munis d'un texte qu'ils vont lire au fil de l'entretien. D'autres portent une liste de thèmes qu'ils doivent aborder. Il existe des patients qui commencent à parler dès le début de la rencontre ; ils possèdent un discours fluide, on ne peut les arrêter, on dirait un torrent qui se déverse. Pour ces patients, la durée moyenne d'une consultation semble trop brève. On a pu utiliser le terme d'hémorragie narcissique pour décrire ce type de propos inarrêtables. Il est alors utile d'introduire un signal du type « dans

quelques minutes nous allons nous arrêter » ou bien de proposer un thème pour le prochain entretien par une phrase du type : « Aujourd'hui vous avez mis l'accent sur tel aspect, la prochaine fois nous essaierons de réfléchir sur tel point ou tel autre que vous avez brièvement évoqué... ».

Certaines personnalités obsessionnelles peuvent s'emparer des séances de psychothérapie, effectuer de nombreuses associations, souvent pertinentes et très intellectuelles. Mais dans ce contexte les émotions restent à distance. Il arrive également que ces propos intellectualisés ne s'accompagnent d'aucune modification tangible dans les comportements. Si l'on arrive à repérer cette dynamique de maîtrise, il est possible de proposer au patient de réfléchir autour de cette dernière. Certains l'accepteront, d'autres justifieront ce processus par la priorité qu'ils accordent aux thèmes abordés. Le thérapeute ressent un manque de liberté d'action, un sentiment d'être ligoté, emprisonné dans un filet. Pourquoi, lors d'une thérapie destinée à modifier une manière d'être, un sujet reproduit ce besoin de maîtrise ? Certaines personnalités narcissiques veulent en imposer, montrer qu'elles ont tout compris du processus psychothérapeutique, voire même faire éprouver au thérapeute le sentiment qu'elles lui sont supérieures : « J'en étais arrivé à mieux comprendre que le psychothérapeute ! ».

Lente progression de l'ennui

Après les deux ou trois premiers entretiens, il arrive qu'un sentiment d'ennui gagne le thérapeute. Ce sentiment est très important, il découle de deux ou trois situations bien spécifiques.

- L'ennui peut naître de la rencontre avec les personnalités opératoires. Elles vivent dans le factuel, elles sont préoccupées par le concret, la réalité. Elles décrivent longuement de menus faits du quotidien en n'épargnant aucun détail et en suivant le cours logique et progressif de leurs actions. Ainsi, un carreleur pourra décrire dans les moindres détails, au fil de plusieurs consultations, la préparation de son travail, le choix des enduits et de la colle, les dimensions des carreaux, leur épaisseur... Il manque dans ces discours une forme de narration, une réflexion sur soi, une participation d'autrui, des formes de l'imaginaire. Devant ces patients dont la banalité s'exprime au fil des propos, il est essentiel de retrouver toutes les variantes de l'imaginaire dans le jeu, les fantasmes, les rêveries, les rêves nocturnes...
- Certaines structures de personnalité répondent de façon laconique, brève, et ne permettent aucune relance dans les questions ou la conversation. À la question : pensez-vous qu'il y ait eu des événements d'importance pour vous ces derniers jours, ils répondront : « Non. ». En quelques questions le thérapeute éprouve le sentiment qu'il n'y a plus rien à dire, « il rame pour trouver une thématique ». Un psychanalyste, P.-C. Racamier, a décrit chez des sujets psychotiques ce type de fonctionnement. Il le pose en un système de défense qu'il appelle les attaques contre la pensée du

thérapeute. Pour éviter d'entrer en relation, ces patients se murent dans un système fermé. Ceci est rapidement source d'ennui.

- Une autre forme d'ennui est liée aux plaintes hypocondriaques d'un patient. Lorsque l'examen clinique a été effectué, quand les bilans biologiques ou d'imagerie se sont avérés normaux et quand différentes réassurances ou explications n'ont pas modifié le système de pensée de ces patients, leurs plaintes répétitives deviennent ennuyeuses. Certains de ces discours hypocondriaques sont liés à des systèmes délirants, d'autres relèvent d'une forme ou d'une autre de dépression. L'ennui pourra se dissiper quand l'amélioration du trouble de l'humeur ou des idées délirantes permettra au discours de s'enrichir et de sortir de la plainte hypocondriaque.
- L'ennui est parfois uniquement lié au thérapeute qui, pour des raisons de fatigue, de soucis personnels ou de difficultés de concentration, a du mal à écouter son patient. Les propos du patient lui semblent répétitifs, vides, creux. Si le thérapeute comprend son état, il évitera toute manifestation d'impatience ou tout comportement de lassitude : bailler, fermer les yeux, regarder sa montre... Les patients perçoivent avec beaucoup d'acuité ce type de réaction.



Séduction intellectuelle ou physique

La séduction intellectuelle peut naître de certains patients dont l'histoire personnelle est hors du commun, qui présentent un fonctionnement intellectuel brillant ou qui connaissent une forme ou une autre de célébrité. Cette séduction intellectuelle possède deux facettes. L'une où le patient se présente et présente son histoire pour donner envie au thérapeute de s'occuper de lui. L'autre facette peut amener le thérapeute à une forme de compétition, narcissique, du type : « serez-vous assez chevronné ou efficace pour vous occuper de moi ? ». Il arrive que ces patients, dont on souhaite s'occuper et qui ont fait naître ce désir, ne reviennent jamais. Il faut avoir une certaine réserve devant ces personnalités qui allument une forme ou une autre de désir de prise en charge par le thérapeute. On doit essayer de comprendre quels sont les mécanismes de séduction narcissiques, identificatoires, d'aspects hors du commun qui vont œuvrer dans la thérapie.



La séduction physique peut exister. La beauté de certaines patientes ou de certains patients peut ne pas laisser insensible le thérapeute. Cette beauté peut s'allier avec des demandes de preuves d'affection, de disponibilité permanente, de tendance à la transgression. Cette transgression va apparaître dans des courriers personnels, des cadeaux, voire même des déclarations allusives ou manifestes. Dans bien des cas, l'objet d'amour est moins le thérapeute lui-même que ce qu'il symbolise en tant que capacité de soutien ou d'étayage. Il arrive que le thérapeute ne soit pas insensible au charme ou aux déclarations. Ceci peut d'autant plus survenir qu'il est lui-même dans une situation sentimentale ou affective difficile. Une supervision devient alors indispensable pour médiatiser ce type de processus et éviter une évolution vers un passage à l'acte défensif ou de transgression. Sur le mode défensif, il peut s'agir d'un arrêt brutal voire intempestif de la thérapie. Les transgressions aboutissant à une relation sentimentale entre un patient et son thérapeute peuvent être considérées comme un abus de vulnérabilité. Outre les aspects éthiques, l'histoire au long cours de ces relations montre qu'elles ne sont positives pour aucun des protagonistes.

Certains thérapeutes utilisent une forme ou une autre de séduction, sous un aspect paternaliste, affectif. Ces aspects méritent là aussi une meilleure compréhension.

Patients qu'on ne souhaite pas revoir

De la même façon qu'il existe des patients un peu trop sympathiques, il existe des patients un peu trop antipathiques. À la fin de la consultation, sans que l'on se l'avoue vraiment, on espère que ces patients ne reviendront pas. Pour des raisons d'alchimie relationnelle, il arrive que certains de ces patients reprennent des consultations. Ils semblent, eux, trouver leur compte dans le type d'entretien et de relation noué ; le thérapeute est un peu à la peine, mais le patient semble y trouver son compte et progresser. Ceci est à respecter.

Patients qui arrivent à faire rêver

Certains patients font naître un fantasme : « Je vois bien un tel en artiste, en corsaire, en poète... ». La capacité qu'a un patient de faire naître, émerger, un fantasme de devenir ou d'évolution chez son thérapeute est extrêmement positive. Ce type d'associations garantit une vitalité du fonctionnement psychique. L'imaginaire ne se réduit plus aux faits, à la réalité, mais à la possibilité d'une rêverie parfois partagée. On peut parfois susciter ce type de relance imaginaire en demandant aux patients ce qu'ils auraient aimé être en dehors de leur métier. Une dame âgée, grand-mère, très repliée a pu ainsi dire qu'elle aurait rêvé être aviatrice ou cosmonaute. À la question du pourquoi, elle en arrive

à relater que sa famille connaissait Jacqueline Auriol, une des plus grandes aviatrices françaises du xx^e siècle. Et là, l'imaginaire est en route, fonctionnant sur un autre destin.

Conclusion

Être attentif à ses vécus, ses perceptions, ses émotions, revient à dire qu'ils ne naissent pas au hasard au fil d'une relation. On sait que le couple patient-thérapeute est uni par de multiples liens d'âge, d'identité sociale, de parcours d'existence en partie commun. Mais on sait également qu'une relation thérapeutique sera d'autant plus efficace que le thérapeute percevra et comprendra les motifs des émotions ou des perceptions que le patient suscite en lui.

CHAPITRE 7

La non-demande et son évolution

Ce thème semble constituer un paradoxe, tout début de psychothérapie s'inscrivant en principe dans une demande de soins. Or, ce paradoxe s'avère fréquent. Beaucoup de patients ne demandent rien ; beaucoup également refusent d'entrer dans un soin psychique, au motif qu'« ils ne sont pas fous... ». Ce paradoxe peut se lever ; dans plusieurs situations, des patients qui refusaient énergiquement un soin psychique arrivent quelques mois, parfois quelques années, plus tard, à s'inscrire dans une dimension de soins. Pour qu'une maturation s'effectue depuis une situation de non-demande vers une situation de demande, deux préliminaires restent indispensables.



- Montrer l'intérêt d'un tiers.

Beaucoup de patients disent d'emblée : « Je me connais bien, j'ai beaucoup réfléchi à mon problème, j'ai déjà tenté de trouver des solutions... ». L'explication de l'intérêt du tiers que représente le thérapeute reste simple : aussi perspicace que l'on soit, on ne se voit qu'avec ses propres yeux. Les patients peuvent admettre, sauf en cas de défense de caractère majeur, qu'un autre regard va les faire progresser et leur permettre de mieux comprendre certaines de leurs difficultés.

- Toxicité des répétitions.

Lorsque l'on propose une approche psychothérapeutique, on explique au sujet l'absolue nécessité de se dégager de certaines attitudes ou de certains systèmes de pensée l'amenant à souffrir. Pendant de longues périodes, en luttant, le sujet tentera de gérer son problème tout seul. Mais la répétition, les rechutes, les reprises de certaines conduites, vont progressivement le conduire à une sorte de reddition. Il va enfin admettre qu'une aide extérieure peut être utile.

Les situations de non-demande restent fréquentes en médecine

La méconnaissance d'une maladie reçoit le non d'anosognosie ou de déni. L'anosognosie relève d'un mécanisme neuropsychologique ; l'incapacité à reconnaître une maladie a été décrite chez les sujets hémiplegiques qui ne reconnaissent pas qu'une moitié de leur corps ne fonctionne plus ou reste paralysée. Le déni définit l'attitude psychique de celui qui ne veut pas voir ou qui déforme la réalité. Ces attitudes se retrouvent chez des patients du monde paramédical ou médical. On peut citer beaucoup de médecins ayant laissé évoluer un diabète, un tabagisme, un alcoolisme, un cancer ou des saignements... Ces médecins, parfois spécialistes ou leaders dans leur domaine, avaient une attitude de non-demande vis-à-vis de leurs symptômes. Certaines de ces non-demandes sont par contre bien perçues par les proches ; ils vont effectuer la demande à la place du patient, celui-ci se sentira obligé d'aller consulter pour faire plaisir, par obéissance ou simplement en ne sachant pas dire non.

Différents types de non-demande

Non-demande absolue

La non-demande absolue définit toutes les situations où les patients refusent absolument d'entrer dans un processus de soins. À l'extrême, ils n'accepteront de voir ni une infirmière, ni un médecin. Lorsqu'il s'agit de sujets victimes d'idées délirantes ou d'hallucinations, la non-demande peut s'expliquer par deux phénomènes. Certains patients perçoivent leurs symptômes psychotiques comme des réalités absolues. On leur veut du mal, on

les écoute, le monde s'est modifié. Dès lors, il n'existe aucune anomalie à soigner puisque ce qu'ils éprouvent est la réalité du monde. Une variante de cet état d'esprit s'inscrit lorsque le soin prend une valeur persécutoire.

Christine est une technicienne agricole. Dans son travail, ses collègues, dit-elle, lui font des grimaces ; on fausse ses analyses quand elle prépare des mesures, on efface des données sur son ordinateur. On l'écoute à son domicile. Chaque fois qu'un médecin a essayé de convaincre Christine que son interprétation du monde était faussée, elle en a conclu que le médecin était lui aussi manipulé ou qu'il cherchait à lui nuire ou à l'empoisonner. Christine n'adhère à aucun suivi, ayant l'impression qu'on essaie de trafiquer son esprit.

C'est lors d'un épisode de dépression où Christine se sentait menacée de toute part, traquée par des ennemis, insultée jusque dans son sommeil, qu'elle va admettre des entretiens et un traitement pour diminuer sa souffrance. Le premier objet du soin évitera soigneusement de discuter des aspects du délire, mais focalisera comme objectif de réduire la souffrance et la peine qu'elle éprouve. Il ne sert à rien d'affronter de face les éléments délirants. Ce n'est qu'après l'instauration d'une relation que le travail psychothérapeutique pourra s'efforcer de faire prendre de la distance au sujet, parfois au bout de plusieurs années.

Lors d'alcoolisme, ou de toxicomanie, la non-demande est souvent la règle. Alors que les sujets montrent des signes de souffrance hépatique ou neurologique majeurs, ils affirment toujours ne pas boire ou ne pas être dépendants. En leur montrant leurs perturbations biologiques ou les résultats d'une biopsie hépatique ou d'un scanner cérébral, on a le sentiment que ceux-ci les laissent indifférents. Ou bien, ils justifient les mauvaises analyses par un écart de conduite ponctuel et récent. Parfois, l'hospitalisation sur contrainte semble le seul moyen d'obtenir un arrêt de la prise du toxique d'où une conscience plus claire et la possibilité de discuter de la dépendance en dehors du produit. Si un dialogue arrive à se nouer, cela survient au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Ceci a longtemps représenté l'impasse de la prise en charge des toxicomanes. Le seul traitement qui leur était proposé était le sevrage ; en cas de rechute, on considérait qu'ils étaient non-demandeurs. Lorsque les traitements de substitution sont menés dans une perspective psychothérapeutique, ils permettent de nouer une relation amenant à une compréhension des facettes de la dépendance.

Non-demande des dépressions sévères ou des mélancolies

Dans ces situations, le patient se juge perdu, indigne de tout soin, hostile à toute prise en charge qu'il estime inutile. Dans la plupart des

cas, il ne vient même pas consulter. Ces patients peuvent s'isoler, rester de longues semaines à leur domicile dans une situation de détresse et d'incurie ou se donner la mort.

Dans bien des cas, le thérapeute est dans l'ambivalence, se posant la question du droit ou du choix des patients et du respect de leur volonté. Ceci peut traduire une méconnaissance de la psychopathologie ; croire qu'un patient fait un choix volontaire en se donnant la mort c'est souvent méconnaître l'existence d'une dépression. Une fois cette dépression traitée, ce choix qui semblait rationnel et volontaire semble se dissiper, s'évanouir pour laisser la place à d'autres perspectives.

L'incompréhension du fait psychique

Il existe des patients pour lesquels le fait psychique, les émotions, le questionnement sur soi sont absolument étrangers ou représentent une perte de temps.

David est polytechnicien ; il s'adonne à de multiples sports : le parachutisme, le pilotage d'avions, la bicyclette, le ski de haut niveau. Il est également soigné pour une polyarthrite rhumatoïde, dont il gère en partie lui-même le traitement par la bonne connaissance qu'il a des corticoïdes et des immunosuppresseurs. David est toujours actif. Lorsqu'un de ses enfants décède et que peu de temps après son épouse fait une tentative de suicide, il donne les explications les plus rationnelles : il s'agit d'un deuil, son épouse est fragile, ce sont des circonstances douloureuses et compréhensibles. Lorsque lui-même connaît des mouvements d'irritabilité et d'insomnie, il les explique par la prise de corticothérapie. Son médecin l'incite à une psychothérapie. Non seulement David n'en voit pas la nécessité, mais il pointe avec une certaine ironie « ceux qui s'écoutent ou qui ont besoin de s'épancher ». Cette non-demande semble figée dans le marbre tant David est hostile, voire sarcastique, sur le caractère peu scientifique de la psychothérapie. Il va cependant accepter une piste psychosomatique l'invitant à réfléchir sur les circonstances des poussées évolutives de sa polyarthrite. L'idée qu'il puisse maîtriser les poussées en en connaissant les mécanismes exerce une certaine séduction sur lui.

D'autres patients, par méconnaissance de leurs émotions ou de leur affectivité, restent dans une pensée logique et rationnelle et rendent banals tous les faits de leur existence. Vis-à-vis de ces patients, il peut être utile de faire une éducation à l'imaginaire. Ce travail préliminaire leur montre que le thérapeute attache de l'importance à leurs rêves, à leurs fantasmes, à des aspects de créativité. Prendre en compte ces aspects ajoute une facette à leur fonctionnement psychique. Lorsque des rêves réapparaissent ou que des patients perçoivent certains de

leurs fantasmes, il existe une évolution de leur relation au monde psychique et un sentiment d'avoir parcouru une étape de découverte de leur monde interne.

La crainte de la dépendance

Tout d'abord beaucoup de patients ont le sentiment que s'en remettre à quelqu'un ou entamer une psychothérapie représente une forme de faiblesse. Celle-ci relève ou d'une stigmatisation en tant que malade ou de la crainte de tomber sous la coupe d'un « réducteur de tête ». Cette crainte d'une dépendance peut expliquer l'abandon de psychothérapies après 2 ou 3 entretiens. Une illustration simple de ce débat intérieur peut s'obtenir en demandant au patient ce qui l'a amené à hésiter ou de comprendre avec lui le pourquoi du délai entre une proposition d'entretien et sa réalisation.

Un autre exemple se situe presque à l'opposé. Certains attendent du processus psychothérapeutique un effet miraculeux. Ils y projettent des fantasmes de régression, des souhaits de maternage, des besoins de consolation ou de compassion. Devant la neutralité du thérapeute, ils estiment qu'il s'agit d'indifférence, de froideur, voire de désintérêt : « Je ne vois pas l'intérêt de raconter mes difficultés à quelqu'un qui ne fera rien pour moi ou qui écoute des gens toute la journée sans leur trouver de solutions... ». Ce type de vécu peut être attisé dans les cas extrêmes par une réponse du type : « c'est à vous de trouver les solutions » ou bien « les réponses sont en vous ». Dès lors, une mauvaise alliance se crée. Le patient estime que ce type de réponse ne lui apporte aucune aide et qu'il pouvait l'imaginer tout seul. Une réponse plus adaptée pourrait comprendre la suggestion suivante : en y réfléchissant plus calmement avec l'aide d'un tiers peut-être que des solutions non envisagées pourront surgir. Il arrive qu'à la rencontre suivante le patient fasse état d'un événement nouveau ou d'une perspective de réflexion à laquelle jusqu'à présent il n'avait pas pensé.

Non-demandes narcissiques

Certains patients n'arrivent pas à rentrer dans le processus psychothérapeutique car ils dévalorisent dès le début leur thérapeute. Parfois, le thérapeute « n'est qu'un généraliste », dans d'autres cas, « c'est un jeune débutant », dans d'autres cas encore : « il n'est pas psychanalyste... ». Toutes ces réserves définissent des résistances au processus de soins. Elles peuvent s'exprimer différemment par des critiques sur la distance, l'impossibilité de trouver un rendez-vous commun, les difficultés pour se garer...

Ces résistances témoignent des hésitations, de l'ambivalence. Une première étape consiste généralement à aborder tôt, dès le premier ou

le deuxième entretien, les aspects gênants ou l'émergence des difficultés. Ceci peut prendre la forme d'un objectif de soins défini spécifique, non nécessairement ambitieux mais réalisable. Ces aspects peuvent toucher ou blesser le thérapeute. Ce dernier va penser : « Si je ne lui conviens pas ou si je ne suis pas assez bon pour lui, ce n'est pas la peine d'entamer un processus de soins. ». Il est cependant utile de donner un rendez-vous ultérieur pour mettre en acte la nécessité de se revoir. Si certains patients estiment que le fait de leur avoir donné un autre rendez-vous les oblige à revenir, on peut leur proposer de le décommander si vraiment ils n'en éprouvent pas la nécessité.

Non-demande dans le flou de la demande

Il existe des patients qui viennent régulièrement à leur rendez-vous, racontent leurs difficultés et repartent. Au fil des rencontres, le même processus recommence ; parfois, la discussion semble multiplier les récits, les faits du quotidien, les événements... Le thérapeute ressent l'impression qu'il s'agit d'un simple désir de rencontre et de discussion qui pourrait être comblé par tout interlocuteur disponible. Dans ce cadre, il apparaît souvent utile, au fil des séances, de proposer une thématique de réflexion ou de proposer un thème pour la prochaine séance. Ceci amène le patient à se focaliser sur un aspect spécifique.

Non-demande des adolescents

La problématique des adolescents juxtapose souvent toute une série d'actes ou de troubles du comportement associés à un refus opiniâtre et répété de ne pas consulter. Dans d'autres cas les adolescents déplacent systématiquement la responsabilité sur les parents : « Si je ne vais pas bien c'est à cause de toi, tu es trop rigide, tout le temps sur moi, tu es relou, tu me soûles, les parents de mes copains ou de mes copines sont bien plus cools... ».

L'adolescent reste le spécialiste de la mise en acte, de la fluctuation des symptômes parfois sur une demi-journée et de la banalisation défensive d'un mal-être profond. Ceci peut être d'autant plus important que la consultation est imposée par les parents voire qu'ils y assistent.

On peut donner quelques repères importants :

- recevoir longtemps l'adolescent seul en essayant de comprendre les éléments de sa souffrance et les systèmes défensifs qu'il a pu mettre en place ;
- lui demander l'autorisation, sans la forcer ni l'induire, de rencontrer ses parents s'il le juge possible. Ne rien communiquer aux parents qui ne soit discuté au préalable avec l'adolescent en lui demandant s'il accepte qu'une communication soit faite ;

- lorsqu'il existe des choix ou des contraintes à exercer, les exposer en terme d'avantages ou d'inconvénients et lui demander de choisir ou de proposer une solution qui lui convienne.

Pour les adolescents qui disent ne rien comprendre au fait d'être devant un thérapeute, voire qui ont un comportement négatif, il est indispensable de s'intéresser à eux, à leur monde, à leurs intérêts, à leurs plaisirs. L'entretien pourra être longuement consacré à la musique, aux groupes, au sport, aux copains... Le thérapeute ne peut se poser comme un ami, il n'est pas dans cette position. Il doit se situer comme un adulte à l'écoute et désireux de l'aider. Il peut être utile de jouer avec eux ou de s'intéresser au monde des jeux électroniques.

Comment faire évoluer cette non-demande ?

Dans beaucoup de cas, l'alliance peut être sollicitée en faisant une avance de la parole et en tentant d'expliquer un vécu ou une attitude sur un mode interrogatif : « est-ce qu'on ne peut pas comprendre votre attitude ou votre vécu en le rapprochant de cette situation de votre enfance ? », « est-ce que vous n'avez pas été blessé par cette parole en vous rappelant l'attitude de votre mère ? ». Cette avance de la parole permet au patient de comprendre que le thérapeute suit le processus psychique de son patient.

Prudence devant les interprétations

Il y a souvent un océan, un monde, entre le processus psychique du patient et ceux du thérapeute. Dans certains cas, le thérapeute a l'impression de voir instantanément où se situe la faille et peut être tenté de proposer une forme d'interprétation. Celle-ci peut être juste sur le plan théorique, mais radicalement maladroite, incompréhensible voire blessante sur le plan pratique. Faire état d'une homosexualité latente, d'un sentiment amoureux incestueux, d'une rivalité dans la séduction, peut apparaître chez certains patients comme une explication farfelue voire hostile. Une autre manière de faire consiste à inciter le patient à y arriver de lui-même en intervenant de façon très tangentielle et très prudente.

Lorsque l'on sent que la demande est trop difficile, impossible, on peut parfois simplement préparer la route pour un autre thérapeute ou pour une rencontre ultérieure. On explique alors de façon pédagogique quels peuvent être les objectifs du soin, les projets d'une psychothérapie, les difficultés et les bénéfices à attendre en indiquant au patient qu'il doit y réfléchir et que quand il sera prêt il pourra recontacter un thérapeute ou un autre. On peut lui expliquer que ce processus met plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il arrive souvent que lorsque ce

travail a été bien effectué, avec le même ou avec un autre thérapeute, une psychothérapie puisse s'engager.

Dans certains cas, on se situe au-delà des mots. La souffrance est indicible ; il n'y a pas de parole et cette non-demande peut justifier d'une simple présence assortie de quelques phrases comme : « Je comprends vos difficultés... quand vous souhaitez en parler, je suis à votre disposition... ». Certaines psychothérapies ont pu débiter après un premier entretien presque totalement silencieux où, simplement, la présence du psychothérapeute avait permis de garantir un contact humain bienveillant et disponible.

La non-demande peut parfois se masquer derrière un clivage. À la question : « en avez-vous parlé à votre médecin ? », la réponse est parfois : « Non, car il ne s'intéresse qu'aux maladies et aux aspects corporels. ». Certains patients effectuent directement leur demande à un psychothérapeute, souhaitant garder une forme de confidentialité, de maîtrise ou de secret par rapport à leur médecin de famille. Il est souvent utile de revenir à 2 ou 3 reprises sur cette non-demande d'information du médecin traitant, pour proposer une information au médecin de famille et en définir le contenu. Des patients, au départ réticents à communiquer cette information, acceptent au bout de quelques rencontres qu'elle soit divulguée.

Conclusion

On a bien compris que le contexte des non-demandes est sous-tendu par des questions aussi essentielles que la confiance, la capacité à accepter le regard d'autrui, la crainte du jugement ou de l'ironie, l'acceptation d'une part malade de soi-même, ou au moins d'une souffrance. L'évolution de ces non-demandes fait des rencontres initiales entre un patient et un psychothérapeute des moments clés, particulièrement stratégiques. Le fait de prendre en compte toutes les difficultés et toutes les réticences que peut éprouver quelqu'un pour se confier et de considérer sa consultation comme déjà un premier effort sur lui-même, peut amener à transformer cette prise de contact initiale en une aventure psychothérapeutique.

CHAPITRE 8

Découverte et annonce d'une maladie grave

S'il y a bien une situation où les aptitudes et les connaissances psychothérapeutiques jouent un rôle capital, c'est celle de l'annonce de la découverte du diagnostic ou d'un moment évolutif majeur dans une maladie grave, comme l'apparition d'une métastase. En effet, ces moments condensent plusieurs niveaux de difficultés essentielles.

Pour les patients, il s'agit d'un séisme, d'un bouleversement majeur : le passage du monde du bien portant dans celui des individus menacés ou condamnés. Pour les médecins, dont l'objectif vise à rassurer, à soulager, il s'agit d'un moment redouté car l'annonce d'une mauvaise nouvelle fait surgir des émotions violentes ou sidère le patient sans que l'on sache si ultérieurement le débordement émotionnel ne va pas se traduire par un geste désespéré. Ce moment est redouté par les deux protagonistes de la relation. On ne peut l'éluder ; le Code de déontologie, dans son article 35, pose la nécessité d'une information loyale, claire et appropriée. Il nuance cette information selon la personnalité du patient. La possibilité d'un patient d'avoir accès à l'ensemble des informations de son dossier permet la délivrance à tout un chacun de son diagnostic.

Une autre dimension de l'annonce d'un diagnostic de gravité vise à maintenir vivant un espoir et à permettre au patient d'adhérer à un processus de soins dont certaines étapes s'avèrent particulièrement pénibles, douloureuses ou invalidantes. La sensibilité du médecin fait que ces moments d'annonce représentent une charge émotionnelle majeure pour lui. L'émotion peut l'envahir, elle fait obligatoirement écho aux représentations personnelles du médecin, à l'existence de maladies similaires chez ses proches ou dans sa famille, aux propres antécédents médicaux de ce médecin qui a pu avoir à combattre pour lui-même une affection comparable.

S'il faut insister sur le cadre, le contexte de l'annonce, ce contexte doit être soigneusement posé. Dire que le contenu de l'annonce doit être adapté à chaque patient, revient à préciser nos connaissances sur la personnalité de notre interlocuteur. Préciser enfin les conséquences

d'une annonce revient à réfléchir à l'impact et au devenir d'une nouvelle susceptible d'avoir le caractère soudain, imprévu, menaçant d'un traumatisme.

Cadre et contexte de l'annonce

La gravité n'a pas le même sens pour les deux protagonistes

Pour les patients, la gravité d'une maladie provient du risque mortel qui lui est lié, des souvenirs de proches ou d'amis atteints de maladies incurables ou des propos entendus durant leur enfance, dans leur famille, concernant telle ou telle maladie.

Derrière la maladie cancéreuse se profile la notion d'une mort imminente accompagnée de douleurs et d'une profonde atteinte de l'état général, faite de fatigue et d'amaigrissement. Il y a la condensation de deux représentations : la mort, la mort maintenant. En effet, le patient voit le terme ultime de sa vie directement face à lui, sans avoir éprouvé les étapes de l'avance en âge et du vieillissement. L'issue mortelle semble instantanée ou bien à quelques jours, sans que la réflexion ait pu poser les différentes étapes et les périodes d'amélioration. De plus, l'assimilation entre toutes les maladies cancéreuses est effectuée sous le terme *du cancer*.

Vont se présenter à l'esprit différents souvenirs de parents ou de proches, de souffrance, de moments d'agonie dont on aura été témoin.

Pour des maladies infectieuses d'évolution chronique, le patient peut les considérer comme honteuses, il peut se reprocher des prises de risque, des insuffisances de protection. Il peut les considérer comme dégradantes ou humiliantes.

Pour des maladies dégénératives ou d'évolution chronique, on retrouve également l'anticipation brutale des formes terminales de la maladie, court-circuitant les possibilités de ralentir ou d'en freiner l'évolution.

La gravité d'une maladie n'est pas la même pour le médecin

Celui-ci sait bien que de nombreux cancers du sein, de la prostate, du rectum, des cancers cutanés, sont parfaitement curables. Il sait également que d'autres plus silencieux, moins bruyants, vont avoir une évolution foudroyante. Le médecin perçoit la possibilité des différents traitements, la combinaison des options thérapeutiques : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie. Mais la capacité de rassurer et d'étayer son patient peut être amoindrie lorsque le médecin a été dans sa famille,

ou lui-même, touché par une maladie similaire. On ne peut vraiment consoler et rassurer que si l'on perçoit que son discours porte, convainc, ne tombe pas à côté des aspirations et des pensées du patient.

Profonde ambivalence des patients

Cette donnée est essentielle. Elle représente une dimension constitutive de la personnalité de beaucoup d'êtres humains. Comme l'évoque Montaigne, si tout être humain sait que « le but de notre carrière c'est la mort », « le remède du vulgaire c'est de n'y penser pas ». À côté du désir affiché de recevoir une information claire et loyale, beaucoup redoutent la vérité au moins dans ce qu'elle a de brutal et de dramatique. Cette ambivalence ne connaît pas toujours la même intensité. Importante au début, elle peut se réduire après quelques jours. L'ambivalence peut également être familiale ; certains membres de la famille expriment le souhait que l'on n'annonce pas un diagnostic à leur proche tout en indiquant qu'eux-mêmes désireraient le connaître s'ils étaient atteints de cette maladie. Dans les pays occidentaux, on considère que l'information doit être délivrée de façon privilégiée et en première intention au malade. Ce peut être différent en Asie ou dans des pays orientaux. Cette ambivalence peut s'exprimer dans le fait d'apprécier d'être informé mais également rassuré sur certaines des modalités thérapeutiques de la maladie. Elle trouve une réponse dans l'attitude médicale consistant à fournir juste après l'annonce des pistes ou des possibilités de traitement.

Le contexte spécifique de l'annonce doit se faire lors d'une consultation en face à face. Les annonces par courrier, par téléphone peuvent être assimilées à des fautes techniques. Une patiente racontait la révélation brutale de son diagnostic en écoutant une conversation téléphonique devant elle de son médecin vis-à-vis de son chirurgien. Une annonce nécessite du temps, elle ne saurait être expédiée en quelques minutes comme l'on se débarrasse d'un fardeau.

Enfin, il faut toujours avoir en tête que médecin et malade ne mettent pas les mêmes représentations et la même signification derrière les mêmes mots. Ils n'entendent pas les mêmes choses et très souvent un médecin sera surpris d'entendre les propos d'un patient concernant le moment où le diagnostic lui a été annoncé sans avoir la conscience de l'avoir prononcé ou en ayant le sentiment d'avoir voulu dire quelque chose de très différent.

Tout le monde perçoit le caractère très déséquilibré de ce moment de la relation médicale entre un médecin qui sait et qui connaît les étapes d'une maladie et un patient en phase de désarroi, imaginant le pire. Il est facile de comprendre que certains signes comme l'existence d'une grosseur, d'une tumeur, des vomissements sanglants, du sang dans les

urines ou les selles, font monter le niveau d'inquiétude. Il en va de même pour un amaigrissement ou des douleurs. Ces différents signes ont souvent amené un patient à focaliser ses pensées sur le risque d'une maladie sérieuse. Mais pour d'autres, un travail actif d'évitement, de déni, les a amenés à négliger, à minimiser des signes importants.

Que sait déjà le patient ?

Il s'agit d'une étape clé. Le patient a pu faire ses propres déductions en interprétant comme un signe de gravité majeure la succession des examens complémentaires qui ont été effectués. Il ne saisit pas toujours la mécanique du diagnostic différentiel, qui fait pratiquer des examens pour éliminer d'autres affections. Il comprend que si l'on accumule ces examens, son cas est grave, voire désespéré.

Le patient est généralement allé consulter des sites sur Internet ou a fréquenté des forums de discussion. Il a pu consulter des livres dans des librairies ou discuter avec des proches qui ont présenté les mêmes signes. Il n'est pas inutile d'interroger le patient sur ce qu'il sait déjà ou ce qu'il a imaginé.

Les trois étapes de l'annonce

Les points suivants sont simplifiés pour présenter des étapes claires : dans la réalité, on ne rencontre jamais un schéma spécifique, les réactions des patients sont nombreuses, les moments peuvent avoir une intensité émotionnelle forte.

Première étape : reprendre l'historique

Cet historique permet de reconstruire une histoire commune à partir de symptômes, d'amaigrissement, de douleurs, de saignements. On explique alors à nouveau le pourquoi des analyses, des scanners, des examens complémentaires. On tente de repérer si le patient a bien compris la nécessité et le rôle de chaque examen. On en arrive à rendre compte des résultats d'une biopsie, d'une prise de sang, d'un examen complémentaire qui apporte la preuve d'un diagnostic. Lorsqu'on donne un résultat, il faut essayer de le nuancer en précisant certains points positifs et d'autres plus négatifs.

Deuxième étape : approche graduelle d'un premier diagnostic

L'information, pour être comprise, doit utiliser un vocabulaire simple, à l'écart de tout jargon, et délivrer un nombre restreint d'informations pour permettre au patient de les métaboliser. Le diagnostic préliminaire proposé peut faire état de cellules précancéreuses et d'autres plus évoluées ou bien d'une tumeur dont certains éléments sont plus graves que d'autres, ou bien de la révélation d'une maladie infectieuse mais

avec persistance de bonnes défenses immunitaires. On essaie dans cette deuxième phase de laisser la porte de l'espoir ouverte. On sait que le patient se raccrochera plus facilement aux éléments positifs ou de meilleur pronostic qu'aux éléments négatifs qui restent très douloureux pour lui. Il est possible de répéter certains messages clés et d'insister sur des facteurs qui améliorent le pronostic : bon état général, absence d'infection associée, bonnes défenses immunitaires, absence d'autre localisation de la maladie...

Troisième étape

Elle s'effectuera un peu plus tard dans l'entretien, ou lors d'un entretien ultérieur. Cette annonce réelle peut s'accompagner d'une invitation du patient à poser des questions et doit laisser un certain temps de respiration psychique pour que les émotions surgissent. Dans le monde actuel, la maîtrise du système émotionnel en apparence peut expliquer le peu de réactions exprimées dans un premier temps ; celles-ci apparaîtront ultérieurement et pourront s'amplifier.

Contenu de l'annonce

On a déjà insisté sur le caractère compréhensible de cette annonce. Le médecin peut avoir tendance à se réfugier derrière des mots techniques ; ils ne représentent rien pour le patient. Il faut savoir associer une annonce à des éléments rassurants ou à des possibilités d'action.

- Les éléments rassurants permettent au sujet de se dire : « peut-être que dans mon cas, il existe des facteurs de bon pronostic ». Selon les circonstances, on privilégiera les notions de précocité de diagnostic ou bien de peu d'extension de la maladie ou bien de bon état général, ou bien de sensibilité au traitement.
- La mise en avant des possibilités d'intervention renforcent le souhait de maîtrise et d'activité, fréquent dans les populations occidentales. Assortir une annonce d'étapes de soins, de plans d'action thérapeutique, d'interventions rapides et rapprochées sur le plan chirurgical puis sur le plan chimiothérapeutique peut rassurer le patient.

Chez plusieurs patients, le contenu d'une annonce prend les caractères d'un stress post-traumatique. Il s'agit d'une révélation soudaine, souvent imprévisible, confrontant l'individu au réel de la mort. Cette dimension traumatique expose le sujet à des états de stress aigu ou à des phénomènes de reviviscence. Parfois, un état de dissociation s'installe. Les sujets font état d'avoir entendu des mots sans toutefois les comprendre ou d'avoir été suffisamment abasourdis pour ne plus avoir suivi d'autres aspects de l'information délivrée par le médecin. Dès lors, des états seconds résumés par des formules du type « eux sont

vivants et moi je suis condamné ou en sursis » peuvent accompagner l'annonce d'un diagnostic de gravité.

Dans tout ce processus, le médecin doit être très attentif à représenter un point d'appui pour le patient, il doit délivrer un message tolérable pour ce dernier et le soutenir au fur et à mesure de l'évolution. Le médecin doit veiller à ne pas être lui-même débordé par la sollicitude, la compassion, les larmes. Son rôle est d'accompagner, de soutenir et d'aider.

Conséquences de l'annonce

Changement d'état

Après l'annonce, le patient est souvent passé d'un statut à un autre plus incertain, parfois plus menacé. Ce changement d'état laisse certaines personnalités assommées, « groggy », comme lorsqu'on a reçu un coup de poing. Plusieurs patients expriment qu'à partir de ce moment-là, ils ont ressenti la vie différemment, certaines dimensions leur ont semblé futiles, fades, d'autres aspects sont devenus essentiels au sein de la vie familiale, dans l'expression de sentiments, d'amour ou d'affection, dans le fait de profiter du moment présent.

Ce changement d'état peut parfois être différé de plusieurs semaines.

Répercussions familiales

Certaines sont malheureusement négatives. Après l'annonce de diagnostic de gravité, il existe des couples qui se séparent, des conjoints qui abandonnent la relation conjugale, des enfants qui s'enfuient. Ces éléments fragilisent d'autant la personne ; ils révèlent la précarité des liens ou leur caractère dysfonctionnel au sein d'une famille. Dans d'autres cas, les mêmes liens qui pouvaient être distendus se resserrent dans l'effort commun d'un groupe pour soutenir une personne, pour l'aider. Dans certains cas, les rôles familiaux vont se redistribuer, le conjoint va prendre des initiatives, être obligé de gérer les nouveaux aspects. Un cas particulier est représenté par les familles monoparentales ou un enfant assez jeune apprend un diagnostic de gravité pour un de ses parents. Il arrive alors que s'installe un état de maturité, de prise de conscience anticipée du caractère difficile de l'existence ; l'enfant se substitue progressivement à son parent et assume des responsabilités précoces pour son âge. Il en va de même pour les répercussions à l'intérieur d'une fratrie, de la maladie sévère d'un frère ou d'une sœur conduisant à la mort de celui-ci.

Il est important de pouvoir évoquer ces aspects avec la famille, et surtout de pouvoir les réévoquer.

Réactions anxieuses ou dépressives

Ce sont les réactions les plus fréquentes. Si l'anxiété peut prendre plusieurs formes, comme des attaques de panique ou un trouble anxieux généralisé, au début ce sont des états comparables au stress traumatique qui sont les plus fréquents. La personne est sur le qui-vive en permanence, ses pensées sont focalisées sur la maladie. Elle fait des cauchemars où elle se voit mourir, elle peut difficilement envisager d'autres aspects. Ces réactions anxieuses traumatiques nécessitent un accompagnement de soins et 2 ou 3 entretiens permettent d'en soulager quelques aspects.

Dans d'autres cas, il s'agit de véritables réactions dépressives. Le sujet anticipe sa mort prochaine, il se voit incurable, perdu. Des tentatives de suicide interviennent dans ce contexte comme s'il était utile de rapprocher la mort ou de retrouver une maîtrise en la provoquant soi-même. Ces tentatives de suicide sont des appels à l'entourage. Elles peuvent survenir lorsque personne dans la famille n'a osé aborder les dimensions consécutives à l'annonce d'un diagnostic.

D'autre part, les maladies douloureuses, asthénisantes, amaigrissantes, représentent autant de facteurs de facilitation à l'instauration d'un état dépressif.

L'une des réactions les plus fréquentes définit un trouble de l'adaptation, c'est-à-dire une réaction pénible et non adaptée au facteur de stress que représente l'annonce d'un diagnostic. La réaction psychique, émotionnelle ou comportementale, est intense. Des moments d'anxiété, de tristesse, de repli, d'irritabilité en témoignent.

Réactions de personnalité

Dans certains cas, des réactions d'évitement, de fuite, surviennent. Le sujet lâche prise, refuse les soins, arrête toute prise en charge dans un mouvement d'appréhension.

Dans d'autres cas, des réactions caractérielles, faites d'irritation, de méfiance, voire d'hostilité au monde médical peuvent survenir. Ces réactions caractérielles vont aboutir à un comportement colérique, « à vif » ou « à cran ». Parfois, la suspicion est telle que la personne pense que ses soins ne sont pas adaptés, voire même qu'il y a erreur médicale et va chercher un autre thérapeute.

Nécessité d'un accompagnement

Là où l'on voit le travail psychologique et les conséquences de l'annonce, il est souvent indispensable de revoir le patient un peu à distance (10 à 15 jours après), pour apprécier la maturation ou le travail psychique

qui ont eu lieu. Un peu à distance, on peut vérifier que le malade a bien compris les informations, les étapes du traitement et réfléchir avec lui aux attitudes possibles.

Métaphores du guerrier : combattre, lutter

Parmi les formes de la relation la métaphore du guerrier n'est pas possible pour tout patient. Il faut être courageux, il faut combattre, ne pas se laisser aller. Certains le ressentent comme une double peine ; non seulement la maladie les frappe mais il faut en plus lutter contre elle. Dans les civilisations occidentales, le dialogue activité-passivité fait toujours privilégier la lutte. Mais il faut pouvoir autoriser le repos, la régression, le relâchement, les temps morts, le sentiment d'abandon. On doit déculpabiliser le patient en lui laissant le temps de se reprendre et ce temps est parfois long. La temporalité du sujet malade et son rythme peuvent être très différents des moments où le sujet était bien portant.

Conclusion

Dans ces consultations, on doit tenter de laisser le rythme du patient s'exprimer, parfois en lui accordant un peu plus de temps. S'il faut faire place dans l'entretien à une certaine respiration, on ne doit pas pour autant laisser de trop longs silences.

Dans l'accompagnement et dans la co-pensée, rassurer ne veut dire ni banaliser, ni reprendre des lieux communs, des stéréotypes intellectuels que les voisins ou les proches vont exprimer. « On guérit très bien le cancer. » peut sonner comme une désinvolture traumatique. Expliquer un gain thérapeutique précis ou une nouvelle option de soin peut être plus curatif.

CHAPITRE 9

Faire face à un stress professionnel

Dans des périodes où l'activité économique connaît de sérieux problèmes, les menaces de licenciement et de chômage amènent un fort sentiment d'insécurité dont la conséquence s'exprime par le stress professionnel.

Ce contexte, s'il est primordial, ne résume pas l'ensemble des conditions source de tensions psychiques. La pénibilité du travail peut s'exprimer par des exigences de rendement accru, par un climat hiérarchique source de contraintes, par un sentiment d'incompétence ou de moindre incapacité que des générations plus jeunes, surtout dans le domaine de l'informatique et de la maîtrise des logiciels.

La longue liste des suicides au travail représente la partie la plus visible de la souffrance. Elle concerne des domaines aussi variés que les entreprises d'automobiles, le secteur bancaire, les fonctionnaires de police, les cadres de diverses entreprises. La face plus cachée concerne les troubles musculo-squelettiques avec douleurs multiples, les maladies coronariennes et le risque d'infarctus, les addictions tabagiques et à l'alcool.

Enfin, peuvent se diagnostiquer des gastrites, des maladies cutanées ou des migraines comme symptômes majeurs du stress au travail.

Dans ce contexte où existe une surtension professionnelle, surviennent des accidents du travail ou des conflits humains qui rendront le contexte professionnel encore plus difficile.

Tous ces contextes aboutissent, quand ils sont reconnus par la personne, à une demande d'écoute et de soutien. Cette évolution peut survenir à différents moments ; parfois, elle est anticipée, parfois elle arrive lorsque des événements graves, physiques ou mentaux sont déjà installés.

Trois grands aspects méritent d'être soulignés :

- Quelles plaintes et quelles demandes ?
- Pourquoi poser certaines questions ?
- Quel mélange entre le contexte du travail et l'histoire personnelle d'un sujet ?

Quelles plaintes et quelles demandes ?

Les plaintes représentent une interface ; il s'agit de symptômes exprimés à un professionnel de santé avec l'idée de soulager et parfois les décoder. Le fait de décoder consiste à retrouver une demande sous-jacente. Si l'on débute par les plaintes, cela souligne que le mode d'entrée est le plus souvent celui d'une souffrance.

Les plaintes

Dans la plupart des cas, les sujets expriment une modification de leur caractère sous la forme d'une colère ou d'une irritabilité. Parfois, se manifestent des signes du registre de l'anxiété : une appréhension, des contractures musculaires, des moments d'angoisse, le recours à des calmants, au tabac ou à l'alcool. Des symptômes appartenant à la lignée dépressive constituent d'autres modalités de la plainte : fatigue, insomnies, sentiment d'incapacité ou dévalorisation. Ces plaintes ne possèdent pas de spécificité particulière ; elles expriment un mal-être, elles soulignent une difficulté d'adaptation au contexte professionnel ambiant. Derrière ces plaintes se dévoile une demande dont les termes ne s'expriment pas toujours avec netteté.

La demande

Le conflit sur les lieux du travail représente une des demandes de soutien habituelle. Ce conflit peut concerner des collègues dont on ne comprend pas l'attitude, dont on estime qu'ils ne réalisent pas leur charge de travail ou plus simplement, pour une mésentente aiguë ou chronique. Lorsque le conflit s'est établi avec un supérieur hiérarchique, il peut prendre la forme d'un sentiment de non-reconnaissance du travail effectué. Dans d'autres cas, les exigences paraissent trop sévères ou insurmontables. Certains conflits avec des supérieurs remettent en question le caractère et le comportement de ce dernier : colérique, insultant, disqualifiant. La notion de harcèlement professionnel est bien distincte de celle des exigences professionnelles. Celui qui harcèle, remet en question profondément les compétences ; il exerce une action corrosive ; il devient blessant et insultant sans raison.

Les menaces de licenciement induisent une souffrance d'autant plus importante que le niveau de qualification du sujet est faible et que ses possibilités de reconversion apparaissent limitées. Le licenciement renforce l'insécurité ; il ouvre un abîme de difficultés, d'autant plus que le sujet est ligoté par des prêts, des emprunts, ou des obligations familiales. Si les licenciements collectifs restent douloureux, les licenciements liés aux tranches d'âge sont souvent mal vécus. On est licencié parce qu'on fait partie des plus jeunes ou des plus vieux. La souffrance

du licenciement peut être augmentée par le vécu que l'on a beaucoup donné à son entreprise ; ce sentiment du sacrifice ou des efforts consentis non reconnus entraîne une souffrance nette.

La pression professionnelle définit une autre forme de souffrance. Cette pression est issue des cadences de travail, des exigences de l'entreprise et parfois des sentiments d'être taillable et corvéable à merci. Cette pression permanente concerne la tyrannie des courriels ou des mails auxquels on a le sentiment qu'il faut répondre sur l'instant. Elle peut toucher les laisses électroniques représentées par les ordinateurs et téléphones mobiles de fonction. Ces laisses électroniques vous maintiennent en permanence en contact avec l'entreprise. Les organisations de travail exposent à des tensions : les *open spaces* vous placent en permanence sous le regard d'autrui, la flexibilité des horaires peut amener à la disparition complète des horaires de travail.

Certains de ces aspects peuvent être intégrés dans des discussions professionnelles ou dans de moments syndicaux. Mais dans de petites entreprises ou à l'inverse dans des entreprises internationales, ils sont écrasés par d'autres aspects du contexte.



Quelles questions poser et pourquoi ?

Lorsque la question du mal-être est exprimée, le premier niveau d'interrogation vise à relier ce mal-être, soit à des aspects familiaux, conjugaux, soit à des aspects professionnels.

Comment cela se passe au travail ?

Dans la question du lien avec les aspects professionnels, on inclut l'importance de la vie professionnelle aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Nous passons au moins un tiers de notre vie au travail, parfois davantage. L'aspect qualitatif se dévoile dans tous les soucis de ruminations de pensée, d'insomnies, d'irritabilité ou de rancœur qui concernent la vie professionnelle. Derrière la question : « comment est-ce que cela se passe au travail ? », on inclut également celle de discuter de changements récents ou de modifications dans le contexte dans lequel on évolue. D'où est venu le conflit et pourquoi ? Il s'agit ici d'explorer les représentations ou les attributions que la personne donne à l'origine du conflit. Les représentations concernent l'histoire et l'enchaînement des faits et des désaccords. Les attributions donnent un sens plus personnel et permettent de mettre en évidence certains mécanismes de défense. « J'ai tout de suite vu que ma tête ne lui revenait pas... Dès le début, il a fait des différences entre les autres et moi... Dès qu'il y avait un travail plus pénible ou plus ingrat il me le donnait... Il n'était jamais content de ce que je pouvais faire... ». À ce type de plainte répond la question : « À votre avis, pourquoi se comportait-il ou réagissait-il ainsi ? ». Ceci ouvre la porte sur la nature des réflexions qui ont déjà eu lieu et sur l'étendue des questionnements du patient.

Dans ces types de questionnements, surviennent des aspects de rivalité avec d'autres personnes : « Il ou elle faisait tout pour me prendre ma place... ». On peut voir apparaître des sentiments d'injustice : « J'ai fait l'essentiel de ce travail et il ou elle s'en est attribué la gloire ou le mérite... ». Cette injustice revient souvent comme une non-reconnaissance des efforts ou du travail accompli.

Une autre question à poser concerne comment les proches, ceux de la famille, les amis apprécient la situation s'ils sont au courant.

Ce type de question a le mérite de faire surgir un autre point de vue ou d'amener le patient à réfléchir sur une autre manière de voir la situation. Là aussi, les défenses de personnalité apparaissent si quelqu'un disqualifie l'opinion des autres, lorsqu'il ne veut pas entendre un autre point de vue, lorsqu'il décide qu'ils ne peuvent pas comprendre car il s'agit d'une situation exceptionnelle, inhabituelle ou trop personnelle.

Quels mélanges entre le travail et l'histoire de votre vie ?

Si les problèmes du stress au travail prennent tant d'importance et amènent à des consultations, cela prouve bien que le milieu professionnel noue avec l'histoire du sujet des relations très particulières et hautement symboliques.

Figures parentales et hiérarchie

Le supérieur, qu'il soit une femme ou un homme, renvoie à des images de relation de dépendance, d'obéissance, de contestation. Lorsqu'on a été soumis à des exigences familiales de contraintes parfois tyranniques, le fait de retrouver dans le monde du travail un contexte similaire va induire un sentiment de répétition. Cette répétition peut s'accepter devant des chefs charismatiques, paternalistes, ayant une vision élargie des objectifs et des enjeux. Elle peut devenir intolérable devant des chefs plus jeunes, dont l'expérience est moins affirmée ou tout simplement qui n'auront ni la rondeur ni l'envergure pour exercer une position de leader. L'autorité renvoie immanquablement aux conflits parentaux qui ont pu se jouer à l'adolescence ou ultérieurement. Cette question de l'autorité oscille souvent entre deux pôles.

Elle est vécue comme un excès d'autorité et d'exigence. Les relations de copinage ou le tutoiement, le pseudo-égalitarisme, sont parfois considérés comme non structurants au sein d'une entreprise.

Il n'est pas rare d'entendre des propos comme : « On se tutoyait, on sortait ensemble et il ne m'a même pas averti personnellement que j'étais dans le groupe de ceux qui seraient licenciés... Pourtant je l'ai vu quelques jours avant... ».

La fidélité aux valeurs de l'entreprise

Ces valeurs peuvent être la stabilité ou la sécurité. L'entreprise représente un lieu de sécurité où l'on espère faire une carrière longue et progresser. Ces valeurs d'entreprise exercent une attractivité sur beaucoup ; l'idée d'appartenir à un groupe stable, homogène, animé d'un corpus identitaire dans lequel on se reconnaît peut être un facteur de stabilité personnelle. Mais certaines entreprises utilisent des doubles messages. Lorsque dans les annonces de recrutement l'accent est mis sur le dynamisme, le partenariat, la solidarité et l'esprit d'équipe, on peut imaginer que ces valeurs sont stables dans l'entreprise. En période de crise ou de restructuration grave, ces idéaux se diluent, disparaissent parfois au profit d'un sauve-qui-peut dévastateur. Il y a donc une déception profonde de l'ordre de la prise de conscience et du retour à la réalité.

La compétition comme une forme de rivalité fraternelle

Dans certaines familles, il existe une vraie rivalité entre frères et sœurs pour conquérir l'estime, la reconnaissance ou l'amour des parents. Cette rivalité s'exprime sur le mode affectif ou sur le mode de la réussite, scolaire ou professionnelle.

Il en va de même dans l'entreprise où les aléas des promotions et des reconnaissances induisent des déceptions ou des sentiments d'échec et d'incompréhension. Les rivalités professionnelles peuvent aboutir à des sentiments d'injustice profonde. Les sujets expriment que leur ancienneté, leurs compétences, leurs diplômes, ou leur investissement dans le travail n'ont pas été reconnus. Cette rivalité peut faire écho à des rivalités plus anciennes, amicales ou fraternelles.

Dans les échecs de la vie professionnelle, se rejouent des échecs plus anciens de la vie personnelle ou des réactualisations de déboires individuels, de l'enfance ou de l'adolescence. Il n'est pas rare d'entendre : « Ma vie professionnelle ou ma vie dans cette entreprise c'était toute ma vie... ». Dans certains conflits, les employés s'identifient à leur nom d'entreprise : les Michelin, les Renault, les Molex... On sait que dans certaines entreprises japonaises, l'investissement au travail s'exprime de façon si absolue qu'il existe un épuisement professionnel pouvant amener jusqu'à la mort dans le fait de s'en remettre de manière absolue à son entreprise.

Quel type et quelle nature du soutien ?

La démarche de soutien dans ce contexte passe par différentes étapes, chacune ayant sa spécificité et son rôle dans l'accompagnement et la maturation des situations en cause.

Écoute

Cette première étape permet souvent au patient, en exposant ses difficultés, de pouvoir décrire une situation qu'il tourne et qu'il retourne dans sa tête depuis un moment. Très souvent, cette situation a pu être partagée avec un collègue de travail ou avec un membre de la famille. La valeur ajoutée du psychothérapeute tient clairement à deux aspects : d'une part, le phénomène cathartique qui permet à une parole d'avoir une valeur de libération et de détente ; d'autre part, le phénomène de co-pensée où un professionnel essaie de réfléchir de façon bienveillante, neutre, à une problématique exposée. Le seul fait de pouvoir poser une difficulté ou un problème dans un lien où existe une écoute sereine définit une première étape d'importance.

Clarification

Dans bien des circonstances, l'histoire qui est délivrée peut sembler complexe ou embrouillée. La clarification est utile aux deux protagonistes. Pour le patient, elle permet de mieux poser les tenants et les aboutissants d'une situation. Pour le psychothérapeute, la clarification s'inscrit dans une alliance de travail. Elle montre qu'on participe à la réflexion, qu'on essaie de mieux comprendre. Cette clarification peut aider le patient à mettre de l'ordre dans ses idées, dans des conflits professionnels complexes où interviennent plusieurs sujets. Elle a souvent l'intérêt de dégager les axes principaux même si elle pointe des complexités multiples.

Mise en perspective

Effectuer une mise en perspective c'est replacer une situation ou un conflit au sein d'une histoire personnelle. Cette mise en perspective utilise parfois d'autres événements antérieurs, familiaux ou problématiques. Lorsque des situations similaires sur le plan professionnel ont déjà eu lieu, elle s'intéresse aux points communs, à des répétitions, à des moments d'échec et aux facteurs explicatifs. La mise en perspective donne souvent une autre trame de lecture. Elle peut rendre claires des situations de répétition, ou comment des blessures initiales personnelles se réactivent lors d'un conflit professionnel. La mise en perspective implique d'avoir travaillé des aspects biographiques, des situations existentielles, et de pouvoir les relier à un conflit professionnel. Dans quelques cas, les sujets font les liens d'eux-mêmes avec une certaine facilité. Dans d'autres cas, ils semblent méconnaître des parties importantes de leur histoire ou se focaliser juste sur certains points.

Confrontation

Elle renvoie le sujet à un autre point de vue, une autre opinion et une autre façon de voir ou de ressentir les choses. Dans certains conflits ou difficultés professionnelles, les tensions sont telles que le sujet peut interpréter ou donner des sens à la limite de la réalité aux réactions des uns et des autres. La confrontation permet une relativisation. Elle autorise à demander au sujet si on ne peut pas penser différemment, si un autre point de vue ne peut pas être soutenu, si une autre manière d'expliquer les choses n'est pas envisageable. La confrontation représente une réelle valeur ajoutée au travail psychothérapeutique. Elle montre comment une pensée attentive, sereine et bienveillante peut aborder le problème en cause. La confrontation doit se garder d'épouser strictement le point de vue du sujet, ou de lui renvoyer des aspects de bon sens élémentaire qu'il a déjà entendu par ses proches. La

confrontation est un jeu dialectique. On teste une autre opinion, une autre hypothèse, une autre manière de voir les choses. Parfois, on en revient au point de vue du sujet, parfois des nuances, un apaisement, seront introduits dans cette confrontation.

Conseil

Certains sujets sont très désemparés et attendent du travail psychothérapeutique un conseil, une manière de se conduire ou de réagir. Avant de prodiguer un conseil, il est toujours utile de savoir quel est le point de vue du sujet et où il en est de sa réflexion. En effet, un conseil ne tire sa force et son efficacité que s'il est réellement intégré dans le système de pensée et de réaction du sujet. Certains conseils doivent être proposés en discutant leurs aspects positifs et leurs aspects négatifs. En effet, il est important que le patient puisse sentir la complexité d'une situation et que tout conseil dans un sens puisse susciter des réactions ou des conséquences dans un sens contraire ou opposé.

Interprétation prudente

Une interprétation doit être d'autant plus prudente qu'on connaît peu ou mal le patient, ou que l'on a le sentiment qu'il n'a livré qu'une partie de sa vie psychique ou du conflit en cause. Toute interprétation qui renvoie à une régression, à un sentiment d'insuffisance, à une impossibilité de prendre une décision, à une sidération de la pensée ou émotionnelle, doit être évitée. En effet, dans une démarche psychothérapeutique à visée de soutien ou de premier niveau, ces éléments peuvent être mal interprétés et considérés comme une forme d'agression ou de reprise d'éléments très difficiles à gérer.

Conclusion

La psychothérapie de premier niveau vis-à-vis du stress professionnel nécessite souvent deux ou trois entretiens au cours desquels une thématique est approfondie. Entre chaque entretien, le patient mûrit, réfléchit et effectue un certain travail psychique. Ce travail lui permet souvent de réduire sa souffrance, de modifier ses pensées et de se dégager de certaines attitudes contraignantes ou inopérantes.

CHAPITRE 10

La personne souffrant d'alcoolisme

Il y a plusieurs modalités dans la maladie alcoolique : les conduites d'abus et l'alcoolodépendance.

Les abus festifs peuvent par leur multiplication et leur banalisation amener à des abus répétés. Le terme d'alcoolisme de société ou d'alcoolisme mondain ne désigne rien d'autre qu'une dépendance. Les conduites de dépendance peuvent se résumer à une dépendance à l'alcool, ou comprendre plusieurs dépendances ou faire partie des dépendances secondaires à des troubles anxieux, des dépressions, des difficultés conjugales ou professionnelles.

Le contexte des psychothérapies des personnes souffrant d'alcoolisme recèle plusieurs pièges.

- Tout d'abord, il existe des patients en psychothérapie qui n'ont jamais avoué à leur psychothérapeute des périodes d'abus et de dépendance à l'alcool. Le psychothérapeute mène son travail dans l'ignorance absolue d'une autre forme de difficultés ; un mur sépare les problématiques ; ce mur définit un clivage et pose la question de sa nécessité.
- La psychothérapie peut être dévoyée par le risque organique. Lorsque l'ascite succède aux hématémèses, lorsque les crises d'épilepsie s'associent aux pancréatites alcooliques, le psychothérapeute craint pour la vie de son patient ; il n'a plus la liberté psychique de penser tant il redoute les accidents physiques.
- Une forme atténuée de ce cas de figure apparaît dans les rechutes successives : nouvelles périodes d'alcoolisation, arrêt des consultations du fait des prises d'alcool, difficultés professionnelles amenant à une précarité sociale.

Baucoup de ces situations relèvent d'une gravité telle que l'approche psychothérapeutique doit être différée. Ce délai peut être mis à profit pour effectuer un bilan organique du retentissement de l'alcoolisme ou pour pratiquer un sevrage total ou partiel.

Pourquoi l'alcoolisme reste-t-il méconnu ?

Le premier facteur de méconnaissance peut résider dans la tradition et les habitudes familiales. Même si la consommation d'alcool a profondément diminué en France, l'utilisation midi et soir d'au moins un quart de litre de vin reste bien ancrée dans certaines régions. À ces habitudes dont les racines se situent dans la culture viticole ou sociale d'une région ou d'une famille, répond l'expression « boire comme tout le monde ». Bien sûr, ce comme tout le monde demande une exploration.

La méconnaissance peut simplement provenir d'une bonne tolérance à l'alcool. Le danger pour certaines personnes provient de leur capacité à pouvoir boire de larges quantités d'alcool sans en ressentir de conséquences sur leur vigilance ou leurs capacités intellectuelles. Le piège va se refermer sur elles par cet alcoolisme d'habitude, sans ivresse mais surtout sans interruption.

La pudeur et la honte définissent la dernière variété de méconnaissance. Les mères de famille vont cacher les bouteilles d'alcool qu'elles consomment. Même devant une haleine alcoolisée, certains garantiront qu'ils n'ont pas bu. Ces différentes formes de méconnaissance peuvent être renforcées dans certains milieux où d'apéritifs en pots de départ, de soirées festives en arrosages de promotion, il existe une ambiance permanente de contact avec l'alcool. Pour certains jeunes, les soirées, les fêtes, représentent autant de situations de rencontres. Sans doute la forme de méconnaissance la plus grave est illustrée par la pseudo-lucidité de certains sujets, capables d'exposer l'importance de leur consommation ; ils sont également capables d'en donner plusieurs raisons, d'origine familiale, conflictuelles ou dépressives. Le terme de pseudo-lucidité désigne cette apparence de compréhension, un peu intellectualisée, coupée des racines émotionnelles et d'un vrai désir de comprendre et d'évoluer. Ce discours de façade fonctionne comme le rideau d'un théâtre qui donne à voir mais qui cache l'essentiel.

Comment aborder le sujet de l'alcoolisme ?

Les circonstances critiques représentent une voie d'accès fréquente. Des ivresses aiguës répétées, des accidents de la route sous l'emprise de l'alcool, des hospitalisations en urgence pour perte de connaissance, définissent autant de circonstances où l'alcool est au premier plan. De façon analogue, la découverte d'analyses perturbées au niveau enzymatique ou hématologique donne un motif d'aborder le sujet. Dans ces circonstances, la piste proposée concerne le retentissement sur la santé générale. Les méfaits de l'alcool sur la vigilance, le caractère, le système nerveux ou les enzymes hépatiques, permettent une approche initiale. Dans cette approche initiale, il est utile d'avoir une idée de la consom-

mation, de poser des questions sur les besoins d'alcool en début ou en cours de journée, de définir l'existence de phénomènes de sevrage.

Dans des cas assez fréquents, le problème de l'alcoolisme est posé par un tiers ; le plus souvent le conjoint, parfois l'employeur. La personne alcoolique est donc accompagnée, soit par quelqu'un de sa famille, soit par une injonction de se soigner sous peine de perdre son emploi ou d'avoir d'autres formes de représailles. Mais ce tiers peut vite apparaître embarrassant. On saisit bien que la demande n'émane pas réellement de la personne souffrant d'alcoolisme ; elle se plie aux injonctions de quelqu'un d'autre ; elle est là pour faire plaisir, pour obéir. Certains thérapeutes dans ce contexte remettent la prise en charge à plus tard, attendant que la demande vienne de la personne elle-même. D'autres se servent du tiers comme d'une figure parentale toute puissante à laquelle on ne souhaiterait ni faire de la peine, ni désobéir. Le véritable enjeu sera d'arriver à nouer un processus d'alliance avec la personne en quête de soins.

En fait, le véritable enjeu consiste à pouvoir parler de l'alcool avec des personnes réticentes ou hostiles à l'idée d'aborder ce sujet. Il est alors utile de faire le tour des difficultés professionnelles, familiales ou conjugales et d'ouvrir la porte en effectuant « une avance de la parole ». L'avance de la parole fonctionne en disant : « Dans ces circonstances il arrive qu'on ait besoin d'alcool pour se détendre, ou pour oublier... ». Parfois, cette perche tendue est violemment refusée : « Ce n'est pas mon cas », « Je n'ai pas besoin de boire », « Ça m'arrive mais très rarement ... ». Dans d'autres cas, elle est saisie en minimisant fortement les consommations. Ce sont dans ces circonstances, que d'autres ont intitulé « phases précontemplatives », qu'un entretien motivationnel peut avoir de l'intérêt. Dans ces entretiens initiaux, on peut suivre la piste éducative pour énoncer les équivalences en alcool de la bière, des apéritifs ou du whisky ; on peut suivre une piste plus comportementale en montrant que la consommation d'alcool est une conduite qui a répondu à des difficultés existentielles. Mais il est surtout important de poser la nécessité d'une amélioration qui accepterait l'idée des rechutes ou d'une simple baisse de consommation d'alcool mais privilégierait une forme de relation.

Quelles sont les premières questions psychothérapeutiques ?

« La tentative de solution aux problèmes est devenue le problème. »

Cet aphorisme bien connu dans le monde de l'alcoologie explique qu'une série de difficultés ont trouvé une solution dans une conduite

alcoolique. L'alcoolisme est devenu le problème apparent : on le quantifie, on étudie son évolution, on apprécie ses effets indésirables... On en oublie la question des origines, en un mot, quels ont été les problèmes initiaux.

Quel genre de difficultés avez-vous avec l'alcool ?

Cette question peut être posée différemment : avez-vous le sentiment d'avoir des difficultés avec l'alcool ? Elle donne une indication sur le niveau de conscience, d'*insight* que le sujet possède vis-à-vis de sa consommation alcoolique. Selon les phases existentielles, il peut s'agir d'une réelle découverte ou bien d'un discours bien rodé, du style « je maîtrise ma consommation, je peux arrêter à tout moment ».

En filigrane de cette question, se situe l'interrogation suivante : « quelles difficultés avez-vous avec l'alcool pour ne pas avoir pu arrêter à plusieurs reprises votre consommation ? » Si un premier niveau de réponse concerne les ivresses, les modifications du caractère, les difficultés professionnelles, un second niveau de réponse inscrit l'alcoolisme dans la question de la dépendance et d'une conduite répétitive soulageant d'autres difficultés.

Quels ont été les événements déclenchants ?

Selon l'expression populaire « noyer son chagrin dans l'alcool », l'alcoolisme a pu débuter à la suite d'un deuil, d'un conflit, d'un mal-être. Les alcoolismes à la suite de déception sentimentale, de divorce ou de disparition d'un être aimé posent clairement la question de l'évolution d'une dépendance à un individu à une dépendance à un produit, les vertus anxiolytiques et amnésiques du produit exerçant en l'occurrence un rôle considérable. Plusieurs sujets s'oublient dans l'alcool ; ils perdent les rythmes quotidiens, ils n'ont plus la notion du temps, leur seule activité consiste à boire, transformant leur existence en une grisaille.

Qu'est-ce que l'alcool soulage en vous ?

Cette question initiale a pour effet d'amener une réflexion sur le rôle apaisant, parfois anesthésiant, de l'alcool. Dans ces circonstances, il n'est pas rare de voir apparaître des symptômes de phobie sociale, de timidité malade. L'alcool sert d'outil pour affronter les autres, entamer une conversation, paraître plus à l'aise. D'autres font état de sentiment d'insuffisance, là aussi, l'alcool leur fournit une forme d'assurance. Dans certains cas, le regard des autres peut avoir une dimension un peu inquiétante lorsque les sujets s'imaginent qu'on les scrute, qu'on les observe.

Un alcoologue, Fouquet, a décrit l'apsychognosie. Le sujet en arrive à ne plus se voir, à ne plus percevoir l'image qu'il donne aux autres,

la dégradation de son existence et de son corps. Il s'agit d'une forme d'indifférence, de non-perception. Dans ces circonstances, le mal-être est profond et la tentative de solutions pour y échapper consiste à fermer yeux et oreilles pour se situer dans une bulle dont l'alcool est l'enveloppe.

En définissant les difficultés auxquelles l'alcool permet de remédier, on pose l'alcoolisme comme un phénomène second, on essaie d'orienter les entretiens autour de la personne de l'alcoolique et de son système relationnel vis-à-vis de soi et vis-à-vis des autres. Là aussi, l'avance de la parole en matière de sexualité peut permettre de toucher un point majeur, sensible, dans le déterminisme de conduites d'alcoolisation.

Comment faire évoluer les entretiens ?

Aborder la question de la rechute représente un point crucial.

Beaucoup de sujets dépendants de l'alcool interrompent les consultations, soit par honte, soit par sentiment d'inefficacité. Ils n'osent pas exprimer le fait qu'ils ont bu à nouveau. S'ils ont bu, ils se sentent coupables ou ils estiment que leur thérapeute ne les protège pas assez, qu'il est inefficace. Toutes les rechutes ne sont pas identiques. Certaines sont peu intenses, d'autres semblent encore plus importantes que ne l'étaient les abus antérieurs. La rechute doit être posée comme une modalité de survenue inévitable dans l'évolution d'un alcoolisme. Inévitable signifie que nul n'y échappera. Mais aborder ainsi la rechute exprime à la fois l'idée de la repousser le plus tard possible et celle de ne pas la considérer comme un symbole d'échec ou de défaite. La rechute représente une nouvelle crise, une modalité féconde de comprendre pourquoi on a recours à l'alcool en cas de difficultés. Aborder une rechute ne s'effectue pas en exprimant : « C'est encore la énième rechute de M. X, alcoolique chronique », mais en essayant chaque fois d'en comprendre les motivations et la spécificité. Comprendre la rechute revient à mieux avancer dans le processus individuel, spécifique, d'explication du rôle de l'alcool chez chacun. Parfois la rechute va servir de motivation à une cure de désintoxication.

Réflexion sur la personnalité

Le besoin de dépendance ou de protection est un facteur fréquent. Beaucoup de sujets alcooliques peuvent exprimer un besoin de dépendance envers autrui et la recherche d'une protection dans un cadre relationnel. Certains sujets alcooliques se sont isolés au sein d'un cocon toxique les protégeant des douleurs et des angoisses. On voit des personnes souffrant d'alcoolisme former un nouveau couple avec un compagnon ayant les mêmes difficultés.

Les difficultés narcissiques s'expriment de multiples manières. Sous le terme de faille narcissique, on a souvent décrit des sentiments d'insuffisance, des traumatismes anciens toujours actifs, des défaillances dans des fonctions masculines ou féminines. Lorsque l'on aborde ces sujets, il est toujours important de les relier à des aspects émotionnels ou affectifs. L'apparition d'émotions, d'angoisses, de larmes, permet de donner un sens plus approfondi aux phénomènes relationnels qui se déroulent.

Type et nature du soutien

Écoute

Si l'on écoute l'alcoolisme seul, on méconnaît une série de dimensions comme l'intolérance à la solitude, la tendance à esquiver, la difficulté à tolérer des frustrations, les problèmes dans les relations interpersonnelles, les traumatismes antérieurs physiques ou incestueux. Dans aucune de ces dimensions nous n'avons fait figurer la volonté ; elle renvoie à une conception moralisatrice, périmée et inutile de l'alcoolisme.

Mise en perspective

Elle peut concerner la reproduction de comportements familiaux. L'expression anglaise : « Alcohol runs in family » signifie la transmission d'une génération à l'autre des comportements alcooliques. On sait maintenant qu'il existe une composante génétique autour des récepteurs sérotoninergiques et dopaminergiques. Les comportements alcooliques relient parfois un individu à sa mère ou à son père ; lien nécessairement ambigu, puisque utilisant un produit toxique et renvoyant à des images de violence ou d'altérations de la santé. La mise en perspective peut retrouver des traumatismes de l'enfance où les seuls liens mémorisés avec une figure paternelle concernent des périodes de violence dictées par l'alcool.

Confrontation

Si beaucoup de confrontations avec les proches exposent à la souffrance, au jugement, voire aux remontrances, la confrontation à des groupes thérapeutiques d'alcooliques ou à des alcooliques anonymes permet de retrouver dans un groupe des problématiques individuelles similaires et un soutien par le groupe. En effet, il y a toujours une personne du groupe qui a traversé les mêmes difficultés et combattu les mêmes souffrances.

Interprétation prudente

Le terme de prudente renvoie à l'un des pièges fréquents dans les psychothérapies avec des personnes alcooliques : l'expression affichée d'une bonne compréhension de plusieurs de leurs difficultés et de leur signification. Dans bien des cas, il s'agit d'une compréhension intellectuelle. Cette compréhension est plus perçue, entendue, que réellement comprise comme une des poutres maîtresses de la répétition d'un comportement. Interpréter nécessite souvent une mise à distance prolongée de l'alcool ; toute interprétation dans un contexte de prise de boissons a peu d'impact sur le psychisme de l'individu.

Conclusion

Au-delà de ces éléments initiaux, les conduites alcooliques se rattachent souvent à trois grandes théories. Pour ce qui est de l'oralité, cela intéresse les formes de plaisir, d'apaisement lié à l'incorporation et à l'ingestion de l'alcool. Les théories de l'attachement peuvent renvoyer à la fidélité de l'alcoolique à des images parentales ou bien au désir d'incorporer ces images dans une bulle toxique où l'on est plus en communication avec le monde extérieur. Les théories des relations d'objet amènent à la compréhension des difficultés relationnelles que l'alcoolique ressent dans un couple ou dans son mode familial. Ces différentes théories se combinent avec des thématiques comme la quête de sensations ou bien des conduites ordaliques de toute-puissance et de remise en question.

L'ensemble de ces théories va guider les prises en charge ultérieures vis-à-vis de l'alcoolisme.

CHAPITRE 11

Stress et anxiété

Stress, anxiété, angoisse, s'utilisent souvent de façon équivalente. De manière plus précise, le stress, terme issu de la physique des matériaux où il exprime la contrainte exercée sur un métal et sa résistance, représente le phénomène qui inquiète et les réponses psychologiques et biologiques qui lui sont liées. L'anxiété exprime une disposition d'esprit faite d'inquiétude et d'attente d'un danger à venir. Il s'agit d'un phénomène purement psychologique. L'angoisse caractérise les composantes somatiques de l'anxiété : l'oppression thoracique, la boule dans la gorge, l'accélération du cœur. Si dans le langage populaire le terme de stresser revient souvent, le mot anxiété définit une inquiétude devant une situation de vie ou un problème existentiel. Un patient se dira angoissé pour faire passer un sentiment plus intense avec toutes les manifestations physiques d'estomac noué, de cœur qui cogne ou bat la chamade... Lorsque les patients expriment leur difficulté, ils isolent en général trois contextes. Il peut s'agir des circonstances aiguës des attaques de panique ou quand elles sont répétées, des troubles paniques. Une autre modalité concerne des inquiétudes dans certaines circonstances ou face à certaines pensées intrusives ou devant des anomalies corporelles représentant des conversions. Une autre facette s'intéresse aux conséquences d'événements de vie particulièrement inquiétants ou traumatiques laissant comme cicatrices des souvenirs répétitifs ou des craintes qu'ils ne se reproduisent à nouveau.

Sur le plan nosographique, il existe une dizaine de troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, les troubles paniques, les troubles phobiques, les troubles obsessionnels, les troubles de conversion, les stress aigus, les stress post-traumatiques. Il n'est pas rare qu'une personne anxieuse en présente plusieurs ; on peut avoir un fond anxieux permanent, des phobies ou des obsessions, et parfois ressentir des crises aiguës d'angoisse sous la forme d'attaques, de panique. Les attentes des patients vont bien évidemment être différentes selon les contextes. Le caractère aigu, brutal, des attaques de panique, impose un soulagement immédiat et de prévenir une nouvelle attaque, une récurrence. Ceci relève le plus souvent d'une aide médicamenteuse, et l'on connaît l'action

préventive des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Toute une série de troubles phobiques ou obsessionnels gênent profondément la vie quotidienne des sujets.

Quand on peut approfondir les circonstances de survenue, la nature des symptômes, le type de pensées qui y sont liées, les émotions qui rentrent en jeu, une aide substantielle peut être fournie en quelques séances au patient. Ceci s'inscrit dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales, qui par leur efficacité indiscutable et le soulagement réel qu'ils amènent au patient peuvent constituer une thérapie définitive. Cependant, dans certains cas, les sujets anxieux ne souhaitent pas prendre de médicaments, ils les considèrent comme stigmatisant ou comme des produits qui modifient leur psychisme et leur véritable nature. Pour d'autres, ils souhaitent au-delà de la thérapie cognitive, effectuer des recoupements, des liens, aussi bien avec leur histoire familiale, personnelle, qu'avec leur caractère et leur personnalité. Ce contexte d'attente ouvre la voie aux premiers jalons d'une psychothérapie.

Quelles sont les demandes les plus habituelles ?

Les *attaques de panique*, même si elles ne durent que quelques dizaines de minutes, déstabilisent suffisamment les patients pour qu'ils développent une anxiété anticipatoire vis-à-vis de la prochaine attaque. Les attaques de panique semblent sans contenu. En fait, elles accompagnent souvent des circonstances de phobie ou des situations de contraintes psychiques ou de conflits. La demande sous jacente va viser une compréhension de leur origine ; pourquoi elles surviennent ? Lorsque les patients n'ont aucun antécédent de panique, ils vont chercher à expliquer leur survenue.

Les *phobies*, les *obsessions*, les *symptômes de conversion* représentent un déplacement de l'angoisse depuis une cause difficile à admettre sur le plan conscient vers une situation, un animal, un objet extérieur, ou une activité psychique. Le déplacement peut également se produire sur le corps imaginaire dans toutes les fonctions de sa vie de relation. On comprend dès lors aisément qu'il puisse exister une demande à deux niveaux : d'une part, au niveau de la chaîne associative par laquelle s'est effectué le « choix » du symptôme ; d'autre part, au niveau du motif de l'émergence anxieuse suscitant un symptôme psychique. On comprend facilement que pour bien des patients, le seul objectif vise à être débarrassé du symptôme, soit de manière totale, soit de manière partielle leur permettant de vivre plus confortablement. Pour plusieurs psychanalystes, la réduction cognitive ne ferait que tarir une source qui allait réapparaître à un autre moment sous la forme d'un nouveau symptôme. Mais cette résurgence peut être plus facile à supporter, tardive, non systématique.



Dans des circonstances traumatiques, le caractère terrifiant de l'événement perçu, son incrustation dans le psychisme, est assez facilement compris. Mais la demande du patient s'adresse au pourquoi du syndrome de répétition et de reviviscence qui l'amène en permanence à rester sur l'événement traumatique sans pouvoir le dépasser.

Une histoire très simplifiée de l'angoisse

Freud a bâti deux théories de l'angoisse. Dans la première, vers 1894, l'angoisse est liée à une absence de décharge sexuelle ; en cas de sexualité réduite, entravée ou inexistante surgit l'affect d'angoisse. Dans cette première théorie, l'angoisse est en partie liée avec la tension sexuelle ; ses dimensions théoriques restent utiles dans certains symptômes hystériques où peuvent figurer des aspects de séduction réels ou imaginaires.

La deuxième théorie de l'angoisse s'inscrit tout à fait dans une approche métapsychologique, une théorisation plus complète du fonctionnement du



psychisme de l'individu. Toute menace contre le moi de l'individu entraîne des processus de défense ; ces processus suscitent un refoulement. En cas d'échec du refoulement et de retour du refoulé, des symptômes névrotiques surviennent, phobies, manifestations de conversion ou obsessions. La menace contre le moi varie selon les moments : angoisse de séparation, angoisse de castration, angoisse devant des étrangers ou angoisse de mort. La deuxième théorie de l'angoisse fait intervenir le fonctionnement psychique par le biais du refoulement, du déplacement vers des symptômes, de la désinhibition entre des pulsions de plaisir et des pulsions auto-agressives.

Une question importante concerne les rapports entre l'angoisse et le narcissisme. Si dans le deuil l'angoisse et la tristesse naissent de la perte réelle de l'objet, dans l'anxiété il s'agit surtout de la crainte devant la possibilité, l'hypothèse, le danger que représenterait une perte. Ce lien entre angoisse et narcissisme possède une importance particulière chez des sujets ayant des personnalités fragiles de type état limite où les angoisses peuvent devenir destructurantes, intolérables et source de gestes auto-agressifs ou suicidaires.

En lien avec ces aspects narcissiques, les angoisses les plus archaïques touchent le narcissisme primaire, celui de l'unité de l'individu. Il s'agit d'angoisse de morcellement, de désintégration. Un niveau plus élevé s'exprime dans les angoisses persécutoires où les individus extérieurs sont considérés comme menaçants. Toujours de façon hiérarchique, les angoisses de perte ou de séparation, témoignent de la crainte de la disparition d'un parent aimé. Du fait des impératifs moraux, des règles de l'autorité, surviennent des angoisses de castrations qui témoignent d'une crainte d'une atteinte contre le moi. Au-delà peuvent apparaître des angoisses liées aux exigences surmoïques, parfois tyranniques, imposées par la conscience morale et les règles parentales. Enfin, l'angoisse de mort représente cette inquiétude devant notre destinée. Dans la plupart des cas, l'angoisse représente un signal d'un danger ; son origine n'est pas la réalité mais la crainte qu'une telle réalité puisse survenir.

Domaine « développemental » de l'angoisse

Lorsque l'on écoute un sujet anxieux dans un bon nombre de circonstances, il présente les symptômes selon la métaphore du « coup de tonnerre ou de l'orage dans un ciel serein ». Dans bien des cas, il exprime que tout allait bien auparavant, occultant ou ne ramenant pas dans son récit des événements antérieurs. Or il y a au moins quatre aspects à reprendre dans le dialogue avec un sujet anxieux pour mettre en perspective ces symptômes :

- L'existence d'un *terrain anxieux familial* doit être explorée. Ce terrain anxieux touche le plus souvent les mères, mais peut concerner également les pères. L'anxiété existe soit sous la forme d'une pathologie, soit le plus souvent sous la forme d'une inquiétude, d'un besoin de lien permanent

téléphonique ou visuel, d'une sollicitude trop prononcée ; il s'agit d'enfants qui ont pu être hyperprotégés, « cocoonés ». Il n'est pas rare de retrouver des décès familiaux, voire un enfant décédé avant la naissance de l'enfant hyperprotégé ;

- les *troubles du sommeil du premier âge* représentent des modalités d'anxiété à rechercher. Les difficultés d'endormissement, le besoin d'une lumière dans la chambre, le réveil par des cauchemars, expriment ces troubles anxieux initiaux. Si l'attitude des parents n'a pas permis une réassurance solide, permettant une évolution et une autonomisation, la présence constante de l'objet deviendra nécessaire. Ceci explique pourquoi on ne recommande pas la satisfaction immédiate représentée par le fait d'aller dormir auprès des parents ;

- les *angoisses de séparation* surviennent un peu plus tard, qu'il s'agisse du premier éloignement familial ou qu'elles prennent une forme plus construite sous la forme de phobies scolaires. La plupart des angoisses de séparation interviennent entre 6 et 10 ans, elles peuvent s'associer à des phobies sociales et leur expression peut amener à des attaques de panique ;

- les vécus traumatiques de l'enfant sont considérés sur le plan psychodynamique comme des points de fixation, des vestiges de moments difficiles sur lesquels, à d'autres moments difficiles de l'existence, vont se construire des symptômes psychiques. Il est toujours important de rechercher des maladies de la première enfance, des séparations liées à des hospitalisations, des douleurs intenses. Si dans l'histoire familiale on considère qu'à cette époque l'enfant a été sage, « s'est comporté de façon remarquable, n'a rien laissé paraître... », ces moments témoignent de phases difficiles à traverser et dont les vestiges feront la place d'une vulnérabilité.

Ainsi, ces aspects développementaux montrent que l'histoire de l'anxiété ne se construit pas brutalement, mais tire bien son origine de phases évolutives du psychisme.

Quelles sont les premières questions à poser ?

Une des caractéristiques des entretiens avec les sujets anxieux tient à leur caractère prolixe ; ces entretiens ont souvent une fonction de décharge. Le fait qu'ils puissent exprimer leurs difficultés les soulage ; par analogie à la première théorie de l'angoisse où une tension sexuelle s'accumulait, ici, il s'agit d'un besoin de raconter et d'exprimer.

Quelles circonstances ont pu favoriser l'émergence de l'angoisse ?

Cette première question renvoie à l'explication personnelle, intime, du sujet sur l'origine de son trouble. Cette explication, pour superficielle

qu'elle soit, doit être entendue comme une forme de menace dans le fonctionnement habituel du sujet. Cette menace peut être sentimentale par le risque d'une séparation, concerner une forme d'autorité dans les conflits avec un supérieur ou un employeur (il s'y rejoue alors les liens avec l'autorité parentale) ou avoir un lien avec la sexualité en tant que cause ou conséquence du fait d'une impuissance, d'une éjaculation précoce ou d'une forme d'anorgasmie. La réflexion psychothérapeutique va essayer d'approcher la dimension symbolique de la menace.

Y a-t-il eu des événements difficiles dans le passé ?

Beaucoup de symptômes anxieux font écho à des difficultés antérieures ; on a vu plus haut qu'elles avaient pu laisser des vestiges ou des traces. Bien sûr qu'un niveau extrême de difficultés est représenté par des sévices physiques, sexuels, des attouchements, des séparations précoces. Mais dans bien des cas, les difficultés antérieures apparaissent plus subtiles. Il peut s'agir d'un sentiment d'inégalité d'affection entre frères et sœurs. Les aspects œdipiens liés au comportement des parents peuvent également intervenir : affection de l'un, désintérêt de l'autre. Des scènes de sexualité concernant les parents, images de la scène primitive, ou entre frère et sœur, ou entre adultes, peuvent représenter des souvenirs ayant un caractère pénible ou lancinant.

En interrogeant sur les événements difficiles, parfois traumatiques, du passé, on crée et on retravaille une forme de lien et d'historicité avec les épisodes antérieurs de la vie.

Coexistence pacifique avec les autres thérapeutiques

Lorsque les stratégies de traitement sont pensées en parallèle, sans intégration, il existe une rivalité entre les options thérapeutiques. Il faut donc expliquer que les traitements biologiques, antidépresseurs pour l'essentiel, visent à réduire l'intensité voire à supprimer l'anxiété. Dans certains cas, cette seule modalité thérapeutique suffit. Les thérapies cognitives et comportementales vont relier des situations, des circonstances et des modalités de pensées. Elles introduisent l'idée qu'il existe une amplification ou un fonctionnement pour son propre compte de la pensée et du psychisme. En abordant les schémas dysfonctionnels, les pensées dichotomiques ou les survalorisations de certaines idées, elles effectuent un travail important d'aménagement et de détente. Les psychothérapies à orientation dynamique vont fournir des pistes de scénarios à l'origine de l'anxiété. Elles vont permettre de reconstituer une histoire ou un film en s'appuyant sur de grands schémas qui sont la sexualité, la séduction, la peur des parents, la rivalité, l'abandon ou la mort. Il est donc important pour tout thérapeute de connaître les autres

options thérapeutiques utilisées par des collègues de façon simultanée ou séquentielle, afin de ne pas rejouer dans le dispositif de soin des formes d'abandon, de disqualification, de maîtrise.

Comment faire évoluer les entretiens ?

Le soutien psychothérapeutique devant les états anxieux peut prendre deux formes très différentes :

- Dans plusieurs cas, la répétition des entretiens, l'approfondissement des thématiques, le lien fait entre les épisodes anxieux présents et ceux du passé, l'articulation avec les médicaments ou la prise en charge cognitive, permet de diminuer voire de supprimer le trouble. Ce soutien réduit également les risques de dépendance alcoolique ou de dépression que l'on retrouve fréquemment.
- Dans la plupart des cas, les symptômes anxieux se révèlent permanents. La relation thérapeutique va évoluer vers les notions de compréhension de l'angoisse comme signal de souffrance psychique, de tolérance de celle-ci à partir de système explicatif et de prise d'indépendance progressive par rapport au thérapeute. Ce dernier est considéré à l'origine comme un objet de réassurance, puis comme un partenaire dans la réflexion, puis ultérieurement comme une source de soutien à utiliser de façon discontinue. Dans ses entretiens ultérieurs, le thérapeute joue en permanence le rôle de celui qui accompagne la réflexion et l'ouvre vers des pistes ou des hypothèses que le refoulement du sujet hésite à admettre ou n'envisage que brièvement.

Conclusion

La plupart des patients anxieux reçoivent un traitement médicamenteux. Ils en retirent des bienfaits. Mais il existe une ambivalence de fond sur le rôle, l'utilité ou la crainte de dépendance vis-à-vis de ces médicaments. Le travail psychothérapeutique permet d'intégrer les symptômes anxieux dans le fonctionnement psychique et l'histoire singulière de l'individu. Il renvoie à la présence de l'anxiété chez tout être humain dans cette dimension partagée par tous et accrue par les besoins de précaution, les aspects sécuritaires, l'éloignement de la mort grâce aux progrès thérapeutiques, le besoin de jouissance et de plaisir ; autant d'aspects que notre civilisation nous inculque mais qui seront les ferments ultérieurs de notre angoisse existentielle.

CHAPITRE 12

Dépression et idées de suicide*

La tristesse se définit comme une perturbation de l'humeur dont l'expression comporte plusieurs nuances : le chagrin, le pessimisme, la nostalgie. Le caractère durable d'une tristesse permet de porter un diagnostic de dépression ; à l'inverse, des tristesses ponctuelles ne dépassant pas une quinzaine de jours ont une nature événementielle ou de circonstance. La tristesse peut être analysée comme un symptôme qui se voit, s'entend, se comprend et se mesure. Au coup d'œil, le patient triste se présente ralenti, les gestes apparaissent rares, son faciès peu mobile. La voix du sujet basse, monocorde, exprime peu de modulations. On comprend la tristesse que dégage un sujet taciturne, focalisé sur ses difficultés, reprenant en boucle des plaintes ou des regrets. La mesure de la tristesse oscille d'une forme de spleen, cet état de langueur triste avec ennui, jusqu'à la tristesse comprenant des paroxysmes d'angoisse, l'impression d'un malheur imminent, une insécurité. Ces vécus peuvent conduire les personnes jusqu'à l'idée de suicide pour échapper à leur détresse. La tristesse s'accompagne d'un ralentissement du comportement, d'une stagnation des pensées vers le pessimisme, d'une anticipation inquiète de l'avenir et d'un cortège de symptômes qui touchent le sommeil, l'appétit et la sexualité ; ces éléments étant en berne, fortement altérés.

Bien souvent, devant des idées dépressives exprimées lors d'un entretien, le thérapeute se sent limité au premier lien : celui de leur origine, de leur causalité. Or, il existe 3 ou 4 étapes psychothérapeutiques, elles peuvent servir de guide au fil des entretiens.

Comment décèle-t-on la tristesse ?

À l'exception de circonstances où le patient l'exprime spontanément car il ne se sent pas bien et s'autorise de la partager, dans bien des cas, ce sera au thérapeute de traduire ce qu'il voit ou ce qu'il ressent en posant devant divers tableaux la question d'un moment de tristesse ou de détresse chez son patient.

* Chapitre rédigé avec la collaboration d'Éric Bui.

Certains restent silencieux, taciturnes. De façon défensive, ils ne souhaitent pas aborder le sujet. Mais ils montrent, aussi bien par leur attitude que par les éléments non verbaux de leur gestuelle, qu'ils ne se sentent pas bien.

Chez d'autres patients, la tristesse se manifeste par de la colère, de l'irritabilité. Un peu comme une personne piquée à vif, ils peuvent répondre de façon hostile ou lapidaire : « Pourquoi posez-vous toutes ces questions ; de toute façon ça ne sert à rien ? ».

Chez d'autres enfin, l'expression de la tristesse passe par des comportements de prise d'alcool ou de cannabis. Parfois, ces comportements expriment l'impulsivité, l'agressivité ; ceci peut être une rupture manifeste avec l'état habituel de la personne. Parfois, ce sont les proches qui donnent la clé de l'état d'esprit du sujet, ils indiquent, en contradiction avec les propos du patient, qu'il a pu exprimer des idées défaitistes, morbides ou suicidaires.

La reconnaissance de la tristesse s'accompagne forcément d'une évaluation de son intensité. S'agit-il d'une tristesse fluctuante, plastique, modelable ? Ce type de tristesse se dissipera devant un événement positif, une compagnie distrayante, un divertissement joyeux. À l'inverse, il existe des tristesses permanentes, sombres, nourries de ruminations dont on doit en permanence poser la question si elles s'accompagnent d'idées morbides pour l'individu. Ces idées morbides répondent à des questions du type : « Avez-vous eu des idées agressives envers vous-même, avez-vous pensé qu'il valait mieux tout arrêter ; avez-vous eu des idées très noires ? ». Il s'agit dès lors en cas de réponses positives d'apprécier la permanence de ce type d'idées. Deux niveaux de gravité supplémentaire s'expriment par des projets ou des plans de suicide puis par un début de mise à exécution : préparatifs, achat d'agents toxiques... Une fois ces éléments reconnus, le premier lien de causalité cherche à définir l'origine de la tristesse ; c'est ce lien qui vient le premier à l'esprit.

Cause de la tristesse

À la question « pourquoi êtes-vous triste ? » répond dans la plupart des cas une explication du patient. Cette explication concerne une déception, un deuil, une perte réelle ou symbolique. Dans les pertes réelles, il s'agit de deuils au premier rang desquels les enfants, les conjoints et les parents – il a déjà été souligné l'importance des animaux de compagnie. Dans certains cas, les pertes réelles touchent les capacités corporelles : cécité, surdité, paralysie d'une fonction... Les pertes symboliques concernent des statuts professionnels, des échecs à des examens ou à des progrès dans une hiérarchie ou dans une carrière.

Certaines pertes symboliques renvoient à des ambiances, à la nostalgie d'époques antérieures.

Clémence a vécu toute son enfance dans un quartier où les rues étaient bordées de vieux platanes dressant une voûte ombragée entre les enfilades de maisons. Ces rues représentaient ses premiers pas, ses randonnées en bicyclette, les moments heureux au sein de sa famille. Deux ans après le départ de ses enfants pour faire leurs études, la réfection de la voirie dans son quartier va imposer l'abattage des arbres. À ce moment un diabète survient. Clémence a le double sentiment de devenir malade et de perdre une partie importante de sa vie ; elle emprunte le fusil de son mari et tire des chevrotines dans son ventre. Quelques mois plus tard, Clémence peut dire que ces arbres abattus, tronçonnés sur le trottoir lui paraissaient être des figures humaines.

Parfois, le patient est incapable de fournir une cause à sa tristesse. Il se sait simplement triste, n'arrive pas à faire de liens et le thérapeute peut lui proposer quelques pistes juste en lui demandant celles qui pourraient éventuellement expliquer son état. Dans des troubles bipolaires, les tristesses s'installent sans cause précise, de façon assez brutale. William Styron, le grand écrivain américain, couronné du Prix Pulitzer, décrit ainsi la survenue de sa dépression : il n'existait aucun élément négatif particulier repérable pour lui, et « par une journée radieuse, alors que je me promenais dans les bois en compagnie de mon chien, un vol d'oies du Canada passa très haut en cacardant au-dessus des arbres... un spectacle et une musique qui d'ordinaire m'eussent mis la joie au cœur, le passage des oiseaux me fit m'arrêter net, cloué par la peur ». Styron ne donne aucune cause à sa tristesse, il en repère simplement le début comme un contexte. On ne sait pas toujours le poids réel, la vraie valeur, des causes que fournissent les patients à l'origine de leur tristesse ou de leur dépression. Mais leurs explications relèvent d'une causalité subjective, importante pour eux ; elle les ramène à un système explicatif interne. Il conviendra souvent de le reprendre voire de le démêler avec eux.

Pertes en « écho ou en cascade »

Il s'agit ici d'une causalité interne : la tristesse est attribuée à une peine. Mais il arrive que la perte proposée en explication dessine un rideau de théâtre dont l'ouverture révèle les autres scènes de la vie intérieure marquées par des pertes antérieures souvent plus graves. On se doit de reprendre l'histoire des pertes et de réfléchir avec le patient sur celles qui l'ont marqué ou qui ont pu faire écho à des sentiments de solitude, d'abandon précoce.

Il est fréquent que le décès d'un ami, d'un voisin puisse renvoyer à la mort d'un parent ou d'un grand-parent. On dit que le patient « sait qu'il a perdu quelque chose, mais ne sait pas toujours ce qu'il a perdu ». La répétition des pertes peut représenter une forme de traumatisme cumulatif. Le cumul des disparitions devient un fardeau progressivement

trop lourd à porter. Il s'installe une forme de dépression appelée « dépression d'épuisement ». La résistance psychique s'est amoindrie au fil des disparitions, l'énergie psychique s'est réduite, il reste un sentiment de faiblesse et de tristesse généralisée. Le lien symbolique peut être évident.

Amandine a beaucoup investi sa voisine, une vieille dame de 85 ans ; elle va l'aider, sort avec elle, l'assiste dans ses courses et partage un thé ou un café par moments. Cette vieille dame, décrite comme chaleureuse, disponible, consolante, s'oppose trait pour trait à la description que fait Amandine de sa propre mère : froide, indifférente, méchante. Le décès de la mère d'Amandine s'est accompagné d'une forme de colère rancunière, mais aussi de sentiments mêlés de regrets et de tristesse. « Avec tout ce qu'elle m'a fait, a pensé Amandine, je n'ai pas à éprouver de chagrin. ». Mais elle s'est reproché son insensibilité au décès de cette mère. Lorsque sa voisine âgée décède, Amandine entame une dépression dont l'explication découle assez naturellement d'un complexe mélangeant la culpabilité et l'hostilité.

Ainsi, ces pertes se répondent, fonctionnent en écho et, pour certaines, on peut retrouver des vécus et des représentations contradictoires ; elles jouent un rôle dans l'apparition de la tristesse. Il faut alors démêler ces vécus contradictoires, faire verbaliser des sentiments souvent opposés et poser ainsi la complexité des relations qui nous unissent à nos proches.

Schémas négatifs de pensées

Une cause fréquente de tristesse relève d'une mauvaise représentation de soi-même sous la forme de schémas de pensée négatifs intériorisés depuis l'enfance. À la litanie des « tu es maladroit, tu n'arriveras jamais à rien... », répétés dans l'enfance, répond à l'âge adulte un sentiment d'insuffisance, d'incapacité ou de culpabilité permanente. Ces patients expriment de ne jamais se sentir heureux, joyeux, au point d'avoir en permanence une vision pessimiste de leur vie et de leur entourage. Il est donc important de leur faire exprimer la vision qu'ils ont d'eux-mêmes en leur proposant de décrire ou de définir leur personnalité en quelques points forts et quelques points faibles de leur caractère. Il est ainsi possible de leur faire prendre conscience d'une tendance exagérée à se sous-estimer, à éprouver des pensées négatives, à se considérer comme insuffisant, malchanceux ou victime de mauvais choix permanents.

Sans doute, le premier niveau consiste à faire prendre conscience au sujet d'une vision trop négative de lui-même, puis de lui proposer de rééquilibrer cette vision en nuancant ses schémas de pensée, soit en les contrebalançant par la reconnaissance d'actions et de comportements plus positifs. Il est utile de proposer une vision alternative soulignant des aspects positifs et les contrastes, les nuances, susceptibles d'exister.

Dimensions interpersonnelles et relationnelles de la tristesse

Il existe une psychothérapie interpersonnelle dont l'objet porte sur la nature et le vécu des liens que noue la personne avec son entourage. Cette psychothérapie cherche à modifier les vécus des deuils, des conflits interindividuels, des modifications ou des transitions des rôles que l'on occupe dans une famille ou dans sa profession, les déceptions sentimentales.

Dans ces situations, on explore à la fois le caractère objectif des relations interpersonnelles et les émotions ou les sentiments qu'elles suscitent. On aborde aussi les dimensions imaginaires, les fantasmes, les souhaits ou les vœux que le patient émet au niveau relationnel. On approfondit les attentes parfois irréalistes des patients vis-à-vis de leurs proches. Dans certains cas, on clarifie des doubles messages. Une personne peut en apparence minimiser ou rejeter l'aide espérée des autres, tout en étant profondément déçue que son environnement ne comprenne pas sa détresse et n'agisse pas de façon plus délibérée pour l'aider. D'un côté, elle masque ses sentiments, de l'autre, elle s'attend à ce qu'on devine ses difficultés.

Parfois, ces schémas relationnels dysfonctionnels évoluent jusqu'à des gestes suicidaires. Certains gestes suicidaires ont pour objectif de culpabiliser ou de faire ressentir à l'autre l'étendue de la détresse de la victime. Ces gestes traduisent la difficulté de mettre en mots toute une série de conflits, de vécus d'abandon ou de perte d'amour. Un acte fort, engageant l'existence, est posé, la forme en est une tentative de suicide. Cette tentative semble directement adressée à une personne ou à une famille comme un reproche face à leur insensibilité.

Parfois, ce contexte interpersonnel nécessite de clarifier les relations de couple ou les différences qui peuvent exister entre homme et femme, dans la manière de percevoir certaines situations.

Alors que Karine a clairement pour but de se détacher affectivement de son ami Bruno de façon progressive sans le heurter, ce dernier n'entend pas la rupture sentimentale mais comprend à côté toutes les situations de rapprochement amical comme des invitations à reprendre leur ancienne relation au même point. Karine cherche à ne pas blesser Bruno, Bruno pense qu'elle cherche à se rapprocher de lui. Bruno éprouve ses émotions selon un cycle, comme des montagnes russes ; tout rapprochement le rassure et suscite un regain d'optimisme, tout éloignement est perçu comme un abandon irrémédiable. Le thérapeute tente d'expliquer à Bruno le point de vue de Karine, son souhait d'une séparation progressive mais sans heurts.

Ainsi, un certain nombre d'étapes ont pu être isolées : le repérage de la tristesse, les premières causes explicatives, la recherche d'autres causes cachées derrière l'écran ou le rideau des premières associations de pensées, le repérage de schémas d'auto-dévalorisation permanente, des difficultés dans les relations à autrui.

À ce point, on repère bien comment la tristesse se rattache soit à des événements relationnels extérieurs à l'individu, soit à des vécus internes liés à des vicissitudes de l'existence, abandon ou traumatisme, ou à l'intériorisation progressive de schémas de pensée dysfonctionnels.

Les idées dépressives s'associent à des formes de régression ou de dépendance vis-à-vis du thérapeute. Le psychothérapeute devra arbitrer entre, d'une part, les besoins de soutien, de réconfort, de compassion, qu'éprouve temporairement un patient et, d'autre part, le fait de l'amener à se mobiliser pour se rétablir et se reprendre en main. Dans cet arbitrage, le psychothérapeute doit composer avec une succession d'images, endosser plusieurs figures : celui que l'on ne souhaite pas rencontrer, celui vis-à-vis duquel on se dénuide, on se met « à poil », celui qui ouvre un espace de réflexion, celui qui offre un soutien, celui qui vous encourage vers une nouvelle autonomie et celui dont on se détache. Parfois, ce détachement s'effectue de façon souple, selon une entente mutuelle. Parfois, il est suscité par un événement de la vie : mutation, déménagement, départ à l'étranger. Parfois, il se réalise sur un mode d'hostilité relative comme si l'aide qui avait été apportée ne pouvait être acceptée qu'au prix de l'expression d'une forme de déception, de colère ou d'agressivité.

Conclusion

Il apparaît clairement que la prise en charge d'idées dépressives ne se résume pas à une évaluation, comme à l'aide d'un thermomètre, de leur intensité au fil des rencontres. Selon que le patient propose une forme d'explication ou une autre, le plan de marche des différents entretiens pourra privilégier une causalité externe, événementielle ou mettre l'accent sur ses dispositions de caractère ou sur des carences liées à l'enfance ou aux attitudes parentales. Cette mise en perspective, tout à fait compréhensible par le patient, lui donne un fil conducteur, un sens à une progression de la connaissance de lui-même au fil des entretiens.

CHAPITRE 13

Deuils*

Une profonde mutation s'est installée dans la culture occidentale contemporaine. Les triomphes technologiques et scientifiques, les notions de compétitivité, de réussite y compris dans le vieillissement ont profondément modifié l'image et le vécu de la mort. Pendant des millénaires, les rites funéraires, faisant de la mort une partie intégrante de la vie, occupaient une place importante. Les cérémonies d'enterrement, les messes, les visites au domicile du défunt, les livres de deuil, présentaient des moments importants, structurant une communauté d'individus. Jusqu'au milieu du siècle dernier, le port de vêtements noirs, durant un an, symbolisait le grand deuil, suivi parfois par un ruban noir porté au revers d'un corsage ou d'un veston.

L'accélération des rythmes de la vie, l'éclatement des familles, la baisse de la spiritualité, ont profondément modifié les attitudes vis-à-vis du deuil. La maladie, et a fortiori la mort, ont pu être assimilées à un échec. Pour les héros combattifs des temps modernes, la mort représente la fin d'une bataille, le reflet d'une faiblesse transitoire ou permanente, la preuve qu'on a « baissé les bras ». Tous les deuils ne sont pas identiques. Certains deuils sont anticipés dans les cas d'une vieillesse très avancée, d'une maladie incurable ou d'affections neurodégénératives à l'évolution inexorable. L'entourage se prépare à la perte. La tristesse est présente, des sentiments d'abandon ou de frustration existent mais ils ont pu être préparés. D'autres deuils sont plus difficiles à gérer : il s'agit des morts subites, brutales, inattendues. Certaines possèdent un caractère inexplicable, voire mystérieux, tant la personne paraissait en bonne santé. On cherche des causes, des éléments cachés, une responsabilité ou une culpabilité. Des décès en milieu hospitalier suscitent une hostilité, une colère sur les soignants ; ces sentiments possèdent une intensité d'autant plus forte que l'entourage ressent des remords, de la culpabilité à l'égard du défunt ou que des conflits existaient au sein de la famille. La quête d'un coupable ou d'un agresseur sert alors à masquer les dissensions ou l'hostilité intrafamiliale. Parfois, le coupable désigné est le défunt lui-même : « Il nous a abandonnés, il n'avait pas le

* Chapitre rédigé avec la collaboration d'Aniko Sagodi.

droit de le faire... ». Son absence devient aussi difficile à supporter que la colère ressentie à son égard. L'ambivalence peut aussi se manifester par une idéalisation : « Ce sont les meilleurs qui partent... ». La mort laisse apparaître une perfection qui parfois n'existe pas. La locution latine *De mortuis nihil nisi bene* (« des morts on ne doit parler qu'en bien »), imprègne toujours les pensées et les mœurs occidentales.

La description du travail de deuil distingue trois phases :

- le choc de l'annonce, l'impact, la stupéfaction, la torpeur. Dans ces moments, certains sujets décrivent un sentiment de dissociation, d'irréalité, d'arrêt du temps ;
- le cortège émotionnel de la souffrance avec la tristesse, la démoralisation, la douleur morale, définit l'étape suivante. Lors de cette étape, peuvent exister des altérations du comportement comme une prostration, un retrait social. On rencontre aussi des signes somatiques comme une insomnie, un abaissement majeur de l'appétit ;
- la phase de résolution témoigne d'une acceptation de la perte ; elle ouvre l'horizon vers d'autres investissements et vers une reprise de la vie.

À côté de ces éléments, d'autres situations de deuils comportent en elles les prémices de complications : corps non retrouvé, fugues et disparitions suspectes, deuils liés à des crimes ou à des fautes médicales. Ces contextes créent les conditions de cristallisation de l'ambivalence et de projections hostiles.

Comment s'expriment les demandes de soins

La forme la plus commune se manifeste par un abattement, une tristesse profonde, des pleurs et des angoisses envahissantes. L'entourage et le patient comprennent sans équivoque qu'il s'agit des conséquences de la disparition. La pression de l'urgence de la gestion des émotions, le caractère presque fautif d'une culpabilité ou d'une tristesse amènent très vite ces sentiments à paraître trop difficiles à porter, trop intenses et à justifier d'un traitement. Ces circonstances justifient des demandes de consultation immédiate, voire des interrogations sur la nécessité d'un traitement antidépresseur instantané ou même préventif pour éviter la souffrance de la perte.

Les demandes les plus habituelles sont exprimées de façon plus vague : « Aidez-moi, c'est trop lourd à porter... ». Elles traduisent le besoin d'être écouté, soulagé, réconforté. La personne endeuillée cherche à évacuer des émotions négatives et à obtenir un soulagement dans l'expression de ces émotions. Parfois, la demande se précise en apparence : dans « comment expliquer aux enfants », on entend « comment mettre en mots explicables », mais aussi « comment m'aider à parler de la mort d'un être cher ».

Dans bien des cas, la demande se présente sur un mode somatique : une fatigue, des douleurs lombaires, un amaigrissement, une insomnie

chronique ou bien une poussée d'eczéma. Ces plaintes somatiques justifient d'une aide médicale ou psychologique. Elles manifestent la difficulté à mettre en mots le décès car innommable et insupportable. Dans ce registre, apparaissent des surconsommations d'alcool, de cannabis.

Certaines demandes viennent bien plus tardivement. Après une phase initiale marquée par la tristesse ou par la sidération, parfois, plusieurs mois après, ou au décours d'un événement ayant une résonance particulière, le deuil va s'exprimer.

Enfin, certains deuils suscitent des symptômes particuliers. Il peut s'agir d'hallucinations de veuvage où l'on ressent la présence du défunt, on rentre dans une pièce et on s'attend à le voir, on entend sa voix, on a l'impression qu'il vous a appelé... Ces hallucinations surviennent pendant quelques semaines chez près de 15 % des sujets endeuillés. Les symptômes de déréalité, de flottement, de suspension du temps, voire d'un contact par image ou par la parole avec la personne disparue traduisent également des phénomènes de dissociation psychique.

Guidance du deuil

Disponibilité

Lors du premier entretien, une véritable disponibilité est nécessaire, évitant toute interruption malencontreuse par le téléphone. Il est important de se rendre disponible, de pouvoir écouter sans juger, de montrer de l'empathie. Ces consultations peuvent imposer de disposer d'un surcroît de temps : il faut en effet respecter la temporalité du patient. Il n'est pas facile d'exprimer des émotions, certaines se complèteront par des larmes, il importe de laisser du temps pour qu'un sujet s'exprime, surmonte ses réticences. L'écoute et l'empathie se manifesteront par des paroles non directives. Si le Malcolm de Shakespeare a pu dire : « Donnez au malheur des mots : le chagrin qui ne parle pas s'insinue au cœur surchargé et fait qu'il se brise... », certaines émotions ne se traduisent pas uniquement en mots, elles seront accueillies par une simple présence, voire un moment où on touche la main ou le bras de la personne. Pour l'endeuillé, il est important de se sentir entouré, accompagné. La simple présence de l'autre peut l'aider à supporter un sentiment de vide, faute de pouvoir le combler.

Évocation du défunt

On revient souvent sur les circonstances de sa disparition, les moments difficiles, les moments où on a pu espérer. Le fait de parler du défunt, d'évoquer ses liens avec lui, permet de réfléchir sur ce qui fait le plus souffrir. S'agit-il du départ de l'être perdu, de son absence, ou du fait que la vie continue malgré tout en charriant des blocs de soucis et de difficultés ? Est-il plus difficile de gérer la perte que les restes ? Certains sujets évoquent une traversée du désert, un exil intérieur, une solitude profonde.

Évocation de sentiments cachés

Cette phase amène à discuter de sentiments de culpabilité, de ne pas avoir été là, de ne pas en avoir assez fait. Ou bien, elle permet d'exprimer des vécus hostiles vis-à-vis du défunt où le décès est contrebalancé par des souvenirs négatifs de rigidité, d'états colériques, d'injustice au profit d'un autre enfant... Autoriser le patient à exprimer des affects de honte, de lâcheté, un sentiment d'indifférence vécu comme coupable, permet de recevoir toutes ces émotions négatives et participe à leur bonification.

Impact sur l'imaginaire

Il est souvent important d'évoquer la présence du défunt dans des rêves et d'en discuter leur tonalité. S'agit-il de cauchemars ou bien de rêves plutôt agréables ou réconfortants, où la personne décédée paraît présente, souriante et consolatrice ? L'activité imaginaire peut transparaître quand on interroge le sujet sur l'image ou le message que laisse la personne disparue. Des questions comme : « aimerait-il vous voir triste ? » ou « comment aurait-il ou aurait-elle aimé que vous réagissiez ? » font travailler l'imaginaire du sujet.

Encouragement à la reprise d'activités

Il s'agit de la dernière étape de la guidance du deuil ; elle s'intéresse au réinvestissement de la vie extérieure : les relations amicales, les activités, les sorties.

Implication psychothérapeutique de certains deuils

Rituels d'adieu

Le détachement d'un défunt implique de favoriser certaines activités de séparation : ne plus conserver les vêtements, ranger et nettoyer, faire un tri dans les papiers, les objets accumulés ou les photographies. Ces moments d'adieu ne peuvent pas être réalisés avant plusieurs semaines. Effectués trop précocement, ils majorent le sentiment de vouloir se débarrasser du disparu. S'ils ne sont jamais effectués, ils maintiennent une inclusion, comme le grain de sable dans l'huître qui aboutira à un deuil bloqué. Lorsque ces rituels d'adieu sont impossibles, on assiste à des chambres laissées intactes ; elles fabriquent une sorte de musée, une preuve permanente d'une présence encore vivante de la personne disparue.

Les deuils hystérisés, théâtraux, ne sont plus de mise dans les civilisations occidentales. Alors que ces deuils traduisaient l'attachement jusqu'à la fin du Moyen Âge et au début de la renaissance, ils ne sont plus de mise actuellement. On retrouve cependant cette expression

amplifiée dans d'autres pays où des cris, des lamentations, des vêtements déchirés, des périodes de prostration accompagnent une disparition. Ces deuils théâtraux laissent un large champ à l'expression émotionnelle et paraissent souvent de meilleur aloi que leur inverse, les deuils inhibés.

Les deuils inhibés ne s'expriment pas en apparence. La personne peut paraître solide, parfois indifférente ; elle ne témoigne d'aucune réaction dans le processus de la perte.

Bernard a 8 ans quand sa mère décède en quelques jours d'une hémorragie cérébrale. Il a intériorisé le message qu'il fallait être fort et courageux. Il ne manifeste rien ; il semble un peu indifférent, continue à jouer, il assiste sans mot dire à l'enterrement et reprend l'école quelques jours après. Bernard ne dit rien, et les années qui suivent semblent transformer cet enfant en un adolescent bagarreur, querelleur, cherchant le contact parfois violent avec autrui. Il s'engage dans un régiment de commandos, participe à des actions de combat. Devenu étudiant, après l'armée, il est au premier rang de toutes les manifestations où l'on doit s'opposer aux services d'ordre : « Pour la castagne, j'étais là. ». À la naissance de son premier enfant, l'existence d'une petite malformation des doigts va l'amener à un état dépressif sévère où toute la souffrance liée au décès de sa mère, restée enfermée dans une crypte interne, va se manifester. Ce deuil inhibé représente en fait un deuil en deux temps dont la réactivation est liée à la crainte d'un handicap pour sa fille.

La perte d'un enfant représente un des deuils les plus tragiques. Il est impossible de donner une raison rationnelle à cette perte et ce, d'autant plus qu'elle apparaît comme une injustice, touchant un être débutant la vie et n'ayant commis aucune faute. Si l'enfant n'est même pas né, les parents doivent le quitter avant d'avoir pu l'accueillir. Toute une série de fantasmes autour de la parentalité sont mis à mal. On comprend dès lors la gravité de certaines interruptions volontaires de grossesse ou de certains avortements qui peuvent entraîner des dépressions sévères. Il en va de même des suites de décès par mort subite du nourrisson.

Quelques étapes ultérieures de la prise en charge du deuil

Lutte contre la mélancolie

Une des conséquences du deuil réside dans un accablement douloureux avec retrait de toute l'affectivité ainsi que de l'énergie qui la sous-tend du monde extérieur sur soi. Dans ces phases-là, peut apparaître une auto-agressivité qui va de la prostration mélancolique au désir actif de trouver la mort pour rejoindre la personne décédée. Ce désir de rejoindre la personne décédée fait le lit du syndrome de Philémon et Baucis décrit dans les *Métamorphoses* d'Ovide.

Le vœu des deux personnes âgées qui avaient hébergé les dieux après une journée de chasse était qu'aucune d'elle ne voit l'autre mourir. Les dieux les firent mourir en même temps ; ils furent transformés en deux troncs entrelacés en un arbre unique. Après le décès d'un conjoint, compagnon de route d'une existence durant, il n'est pas rare que s'installe un état de marasme ou de prostration aboutissant à une maladie ou à un décès rapide chez le survivant. Ce qui apparaît comme une coïncidence fréquente relève de liens d'attachement profond et parfois de sentiment de dépendance. S'il existe des personnes vivantes capables de mobiliser l'affectivité, au premier rang desquels les enfants et les petits enfants, ceci représentera des points d'appui psychothérapeutiques. Lorsqu'il n'existe aucun tissu familial, la spiritualité peut éventuellement être une aide. Le rattachement à une foi, le don de soi à Dieu ou une forme d'oblativité peuvent permettre une évolution. Le thérapeute essaiera de rendre vivant la présence de petits-enfants ou de proches et d'illustrer le soutien que représente une génération au-dessus pour des enfants. Alors que bien des personnes âgées disent « je ne sers à rien, je suis inutile... », on peut leur rappeler leur rôle en tant qu'image importante, figure emblématique de la famille ou simplement tête de génération, leur redonnant un rôle symbolique de premier plan.

Cramponnement à l'objet interne

Lorsque le processus de deuil se bloque, s'enraye, apparaît un risque de dépression chronique. La tristesse chronique, l'idée de mort qui peut surgir s'explique ; le sujet ne se sent plus utile, il se considère comme un « rien ». S'il accepte de renoncer à ses sentiments et à ses pensées, il a l'impression d'être vide, creux, de devenir inexistant. Ces liens de cramponnement à l'objet se substituent à sa vitalité, à son moi. Ils ont une qualité narcissique qui donne de l'énergie au sujet ; ceci domine les qualités propres de la personne disparue ou de la situation. Le lien à la personne qui l'a abandonné en mourant, comme pour les images des parents ou pour une relation sentimentale interrompue, représente un investissement narcissique vital pour la personne.

Aude est une avocate reconnue dans son métier, en dépression sévère depuis le décès de son père trois ans auparavant. Ce père, pilote durant la guerre, héros de la résistance, a fait l'objet d'une forte idéalisation. La succession s'avère impossible du fait d'un conflit entre Aude et son frère sur le partage de la maison familiale. Ce conflit réveille bien sûr la rivalité entre le frère et la sœur ; il est surtout le garant de la persistance des liens au père : tant qu'il n'est pas résolu, la maison de famille reste invendable, le deuil du père ne peut se réaliser. Pour contrebalancer ce cramponnement, pour nuancer la dévitalisation induite par la perte d'objet, source de vide, il faut éclairer des activités revalorisantes, des personnes ressources, des bénéfices culturels.

Masochisme moral

Le sentiment de culpabilité inconscient à la suite du deuil amène le sujet à renoncer à toute forme de plaisir. Certains sujets possèdent des exigences internes sévères, elles les inhibent dans leur quête du plaisir, de gratifications simples de l'existence – les « petits riens de la vie ». Ce masochisme les amène à répéter des sentiments de honte et de culpabilité. Ces personnes n'arrivent à s'accorder aucun bien-être, aucune tolérance pour une satisfaction ou un petit plaisir. Là aussi, le travail psychothérapeutique cherche à montrer que les exigences, la dureté envers soi, l'idéalisation de la personne disparue, ne font qu'accentuer une sorte d'auto-sabotage de soi-même, destiné à ne jamais s'accorder une liberté et un plaisir.

Ces différentes attitudes psychothérapeutiques peuvent trouver un écho situationnel chez le thérapeute. Lorsque lui-même est en situation de deuil, il peut selon les cas avoir une réceptivité plus étendue, plus intense et le patient le perçoit ; il peut également avoir du mal à écouter la plainte parce que lui-même est triste.

Conclusion

Le deuil représente une des situations humaines que partagent patient et thérapeute. Une présence rassurante, à l'écoute, tolérante, et un accompagnement qui va de la guidance du deuil à la prévention de deuils plus compliqués de par leur blocage ou des situations d'attachement à l'objet ou de cramponnement définissent une gamme d'attitudes thérapeutiques réparatrices pour le patient.

CHAPITRE 14

Séparation amoureuse*

Quand une personne vient demander de l'aide pour une séparation amoureuse, cette situation n'est jamais neutre. La plupart des patients et des thérapeutes l'ont ressenti. Le thérapeute peut lui-même avoir souffert, éprouvé de la douleur et réagi avec ses propres défenses et son style personnel. Il s'agit donc d'une situation où la neutralité n'est pas facile. Deux êtres humains, thérapeute et patient, dont l'un très en souffrance, vont cheminer en confrontant leur propre manière d'être ; l'un d'entre eux aura le souci de faire progresser et d'alléger le mal-être de son patient.

La constitution d'un couple obéit à des lois mystérieuses et à des alchimies secrètes. Deux individus se rapprochent par une attirance physique, une séduction intellectuelle, des points de similitude ou de profonde divergence. Le processus d'attachement de l'un à l'autre fait intervenir des convergences de milieu social, de goûts, des affinités intellectuelles ou spirituelles, des satisfactions sexuelles.

Au-delà du processus d'attachement, la relation de couple peut faire intervenir des éléments de dépendance. Certains couples se sont construits l'un sur l'autre, alors que les personnalités n'étaient pas encore tout à fait affirmées, quand les couples se sont formés à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'un des membres a pu venir pallier aux défaillances ou aux difficultés de l'autre. Dans d'autres cas, l'un des conjoints s'appuie sur l'autre. Cet étayage peut se révéler plus tard, soit lorsqu'une maladie grave survient chez l'un des membres du couple, soit s'il existe une grande différence d'âge. Les équilibres de couples sont d'autant plus subtils qu'un des membres peut tenir le gouvernail dans certains secteurs et l'autre avoir des attributions importantes dans d'autres. Mais il peut exister des moments de régression où l'un des protagonistes renonce, abandonne, démissionne de plusieurs de ses rôles. Lorsque les éléments du quotidien ont pris le pas sur l'amour ou la tendresse, la monotonie de l'existence amène l'un des membres du couple à penser qu'il gaspille sa vie, qu'il s'ennuie. Ceci peut constituer le démarrage d'une crise existentielle : qui suis-je vraiment, quels sont

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Julie Rieu.

mes goûts et mes attentes ? La fin du couple va alors se profiler soit de façon naturelle, soit suscitée ou hâtée par une nouvelle rencontre ou une liaison. Cette fin de couple fait émerger une rancœur à l'idée d'avoir fait des sacrifices, d'avoir enduré les mille et une contrariétés du quotidien pour aboutir à une séparation. Les enfants représentent dès lors un enjeu primordial. Ils deviennent souvent les instruments d'un conflit non résolu ; on les transforme en messagers, en témoins, en juges et parfois en missiles. L'enfant missile est manipulé pour porter des remarques ou des coups.

Si la vie commune a été longue, tout un référentiel de fonctionnement familial, d'habitudes du quotidien, d'amis ou de liens sociaux va devoir changer. Ainsi, les éléments du quotidien rappellent en permanence la blessure de la séparation.

Il est évident que le vécu d'une séparation se rapproche de celui d'un deuil au sens large, représenté par la perte. Il faut accepter l'idée de « plus jamais », du caractère irrémédiable même si le secret espoir « que tout n'est pas fini » survit chez certains.

De quelles plaintes et de quelles demandes parle-t-on ?

Lorsque l'on vient consulter son thérapeute du fait d'une souffrance, on peut isoler deux contextes : des vécus difficiles ou des symptômes.

Vécus difficiles

Le seul fait de consulter un professionnel peut signifier un témoignage de sa souffrance ; on montre à l'autre que l'on vit mal sa séparation même si on ne lui a rien exprimé. Des vécus d'abandon, de solitude, d'isolement, s'expriment souvent. La culpabilité peut émerger lorsque l'on a abandonné son conjoint ou lorsqu'on ressent des sentiments d'insuffisance.

Le plus souvent s'exprime le sentiment d'avoir été abusé, trompé, trahi : « Je ne me suis aperçu de rien, tout le monde le savait autour de moi... ». La gamme des sentiments exprimés peut s'enrichir d'une rivalité face au tiers : « Qu'est-ce qu'il ou elle a de plus que moi ? ».

Symptômes

Ils comprennent de l'anxiété sous la forme d'attaques de panique ou d'une anxiété généralisée. On retrouve également des ruminations mentales, pensées en boucle tournant autour des mêmes thèmes ; elles témoignent de l'incapacité à faire avancer une réflexion et traduisent une impossibilité à concevoir et à traiter la difficulté en cause.

L'alcoolisme ou la prise de toxiques viennent colmater la souffrance. Bien des addictions à l'alcool ou au cannabis s'inscrivent dans des contextes de séparation en cours ou réalisées. Enfin, les symptômes dépressifs, tristesse, pleurs, désintérêt, absence d'élan, manifestent la douleur de la perte de la personne aimée.

Dans certains cas, le sentiment d'abandon s'associe à celui d'un arrachement d'une partie de soi confinant à l'idée d'une inexistence ; ceci amène vers des pensées de suicide et des gestes de mort.

Qu'il s'agisse de vécu ou de symptômes, cette situation traduit un besoin d'écoute et place le thérapeute dans la situation d'être un confident particulier. À la différence d'un ami ou d'un parent, le thérapeute s'inscrit dans une logique psychothérapeutique. Cette logique vise non seulement à apaiser la souffrance, mais à faire prendre conscience de certaines attitudes voire à faire progresser. Les patients viennent chercher un soutien, un accompagnement, des conseils, ils craignent de ne pas être assez forts pour supporter une épreuve. Derrière la demande de conseil, se cache une quête d'écoute attentive et neutre. On peut être amené à rencontrer des sujets alors qu'une séparation ne s'est pas encore réalisée ; le couple est en souffrance, en crise ; des menaces planent.

Quelques questions essentielles

Histoire de la séparation

Qu'il s'agisse d'une rupture ou d'une infidélité, le sujet éprouve le besoin de raconter son histoire, sa perception, sa manière d'apprécier les événements qui ont conduit à la séparation. Ceci répond à la question : « Qu'est-ce qui s'est passé ? ». Il faut repérer s'il s'agit d'une description à charge, si le sujet peut se remettre en question, la tonalité vibrante, hostile, défaitiste ou coupable du plaidoyer. Au pourquoi de la séparation fait naturellement suite la deuxième question sur la nature de la douleur.

Qu'est-ce qui est le plus douloureux ?

Ce temps est essentiel puisqu'il permet d'exprimer toute une série d'émotions : la peine, l'incompréhension, l'injustice ou la tristesse. Le vécu de la séparation est d'autant plus douloureux qu'il vient raviver des difficultés antérieures masquées et colmatées par le couple. Des schémas d'abandon ou de dépendance vont réapparaître, réactivés par la rupture. L'écoute de l'émotion, les mots pour l'exprimer, les questions que le thérapeute pose pour en cerner l'intensité, les fluctuations, définissent un premier cadre d'aménagement et de mise en mots de la douleur.

Comment en est-on arrivé là ?

Il s'agit d'une question qui interroge la dynamique du couple. Dans cette question, une véritable réflexion intervient, comme dans une pièce de théâtre ou dans un film, sur le scénario qui a abouti à la séparation. Comprendre ce scénario implique de réfléchir à ce qui a rapproché les deux protagonistes et ce qui les éloigne actuellement. Dans le rapprochement interviennent souvent toutes les figures de l'idéal : la beauté, l'intelligence, la séduction, le style de vie, le cercle d'amis. Mais plusieurs aspects imaginaires revêtent une importance capitale. Il peut s'agir de ressemblances à des images paternelles ou maternelles. Il peut exister des désirs de réparer, d'aider et de soutenir : « Je l'ai aimée car elle semblait frêle et désemparée... ». Il peut y avoir à l'inverse un désir de sécurité et de soutien : « Je l'ai choisi car je savais qu'il ne me ferait pas de mal et qu'il serait rassurant. ». Dans ce qui éloigne, peut intervenir les changements de caractère, l'hyperactivité, le sentiment de ne pas être assez reconnu. La baisse des relations sexuelles, l'éspacement des rapports, l'amenuisement du désir sexuel pour l'autre, le sentiment d'une indifférence à toute forme d'intimité sont aussi signalés. Bien des ruptures interviennent dans des contextes où un voire les deux membres du couple, pris dans une activité professionnelle de plus en plus débordante perdent toute attention ou tout intérêt à la présence d'autrui.

Ainsi, au travers de ces questions initiales, le patient est amené à parler de l'histoire de son couple dans sa globalité : comment le couple s'est-il formé, comment a-t-il vécu ?

Comment faire évoluer les entretiens ?

Compréhension du contexte

Au fil du récit, de l'histoire du couple, de ses processus d'attachement et de la mise en route de la séparation, apparaît l'idée du fonctionnement du patient, de la répétition de certains schémas, de certains traits de personnalité. Dans la compréhension du contexte, il faut souvent faire intervenir le rôle des parents, des beaux-parents, des enfants. Il est en effet bien connu que dans les motifs de séparation apparaissent souvent la trop forte proximité voire l'intrusion de certains parents. Dans d'autres cas, ce sont des remarques désobligeantes, voire des phrases assassines exprimées par tel ou tel qui vont peser.

Les maladies de certains enfants, les décès ou, moins dramatiques, les échecs ou les difficultés scolaires peuvent représenter des facteurs de tension majeure, voire des ruptures dans le couple. Il arrive que certains conjoints ne supportent pas les difficultés de santé, les maladies ou les

accidents. Toute épreuve devient alors un motif de départ, et ceci est vécu comme une lâcheté. La compréhension du contexte peut faire intervenir les éloignements professionnels.

Peuvent également jouer un rôle les rencontres faites au travail, dans le contexte professionnel se situent des rapprochements. Bien évidemment l'infidélité, le fait d'avoir un amant ou une maîtresse, un autre partenaire ne sauraient être éludés.

Émergence des émotions honteuses

Le rôle cathartique, libérateur, d'un entretien, dépend de la capacité à pouvoir exprimer une large gamme d'émotions généralement tues. La jalousie, la haine, l'agressivité, la rancœur, l'amertume... définissent autant de vécus qui doivent être parlés et discutés. La haine peut parfois s'exprimer par des fantasmes de meurtre ou de blessures. La possibilité de les évoquer dans un registre symbolique ou virtuel permet une désescalade, une réduction d'intensité. Ces émotions cachées s'accompagnent de pleurs, silencieux, longs. Il n'est pas toujours utile de parler, de consoler ou de rassurer. Dans certains cas, la simple présence tolérante, permettant d'accueillir la souffrance et témoignant d'un partage des vécus, se réalise sans paroles superflues. Quelques mots d'apaisement, un regard plus appuyé, peuvent avoir une grande importance. Il est bien clair que la neutralité vise à ne pas arbitrer, attribuer des torts ou des mérites à tel ou tel. Il est absolument indispensable de ne pas prendre position pour l'un ou l'autre des protagonistes ni même de donner des conseils directifs.

Obtenir une distanciation ou un autre regard

Dans beaucoup de ces circonstances, après un ou deux entretiens initiaux, il est utile d'essayer de faire réfléchir le patient à partir d'un autre point de vue. Il existe plusieurs manières d'arriver à ce résultat. Dans certains cas, on demande à la personne de déterminer comment elle réagirait si quelqu'un d'autre lui racontait la même histoire que celle qu'elle vit ; dans d'autres cas, on peut lui demander : « Mais si votre conjoint ou votre mari était là, que penserait-il en vous écoutant ? Aurait-il les mêmes réactions que vous ? ». Enfin, sans rentrer dans un arbitrage, le thérapeute peut donner une autre vision de la situation et ainsi faire passer l'idée ou le message que d'autres systèmes de compréhension ou de perception peuvent intervenir. Obtenir un certain recul peut également permettre de faire émerger des prises de conscience sur certains fonctionnements, une manière d'être, des reproductions de schémas de réaction ou de vie.



Quel type et quelle nature de soutien ?

Le soutien dans un contexte de rupture sentimentale ne relève ni de la consolation, ni du courrier du cœur.

La consolation représente un élément humain aspécifique ; elle exprime la sollicitude, le besoin de réparer et d'aider que l'on a vis-à-vis des proches. La consolation pourrait être comparée au garrot que l'on installe pour limiter une hémorragie. Elle ne tient compte ni de la plaie, ni de son parage, de sa désinfection et de sa suture ultérieure.

Le « courrier du cœur » désigne les bonnes paroles du bon sens populaire. Des expressions comme « il faut prendre sur soi », « c'est dur mais c'est la vie », « une de perdue, dix de retrouvées »... renvoient à des stéréotypes intellectuels ou affectifs. Or, les séparations amènent à réfléchir sur des domaines spécifiques tels que l'idéal de soi ou l'idéal du couple, les processus d'autonomie ou de dépendance, les notions d'intimité et de réciprocité, les capacités de tolérance et d'acceptation, les notions de perte ou de deuil.

Écoute

Le simple fait d'offrir un espace où une situation peut être posée et discutée dans un contexte de réflexion et de neutralité permet une amélioration par le simple fait de se sentir reconnu dans sa souffrance.

Clarification

Demander au sujet, grâce à des questions, de préciser certains points en lui permettant d'expliquer la situation, lui permet de remettre de l'ordre dans ses idées. Il peut arriver, c'est le bénéfice de certains entretiens, que la personne ait rédigé un texte, dessiné un plan, un schéma, pour rendre compte d'une situation complexe. La clarification procède également de devoir exposer à un tiers une situation difficile ou un contexte problématique.

Mise en perspective

Elle permet souvent de repérer des répétitions dans les processus d'attachement ou de séparation. Cette répétition peut concerner les sujets du couple en présence, mais également se répéter au fil des générations. La mise en perspective fait intervenir des facteurs ou des déterminants extérieurs que le sujet n'avait pas spontanément perçus. Il peut s'agir de crises du milieu de la vie, il peut s'agir d'un coup de foudre et d'en comprendre le contexte.

Interprétation prudente

À partir d'un schéma de dépendance ou de régression dans le couple, on peut travailler la place de l'autre comme objet d'appui, de soutien, de valorisation ou d'attaque. Il n'est pas rare que l'on puisse montrer qu'une séparation est la répétition d'un processus parental ou bien que la monotonie d'un couple a amené au besoin de séduire en tant qu'affirmation de son existence et de sa possibilité de témoigner d'une attirance sexuelle.

Les aspects de sexualité doivent être soigneusement abordés : la nature des relations, le plaisir obtenu, les motifs d'un espacement ou d'une suppression. Ces questions méritent d'être posées explicitement : « Y a-t-il eu des changements dans votre intimité ou des modifications dans vos relations de couple ? ». Au travers de ces questions peuvent surgir certains fantasmes pervers ou bien des éléments d'homosexualité latente surcompensée par un besoin de témoigner de sa virilité ou féminité. Le terme de prudent se conçoit aisément. De façon intuitive ou par compréhension, on éprouve une compréhension qu'il n'est pas judicieux d'exprimer à un patient qui n'est pas encore prêt à l'entendre. Ceci fonctionnerait comme une interprétation

sauvage, voire comme un traumatisme pour un sujet ni préparé ni mûr pour l'entendre. Mais on peut préparer le terrain et avancer progressivement vers un état de compréhension implicite. L'idée étant de permettre d'améliorer, de mieux comprendre et de ne pas reproduire à nouveau.

Parmi les conseils, le plus utile consiste à différer, à temporiser et à se donner un temps de réflexion. Les conseils peuvent parfois simplement avoir une valeur pratique vis-à-vis d'une démarche, d'une possibilité sociale, d'un contexte juridique ou d'une association que ne connaîtrait pas la personne. Comme il a déjà été dit à plusieurs reprises, plutôt que de conseiller, il est souvent plus utile d'amener la personne à prendre la décision qui lui convient le mieux grâce à la réflexion et au soutien.

Lorsqu'un soutien ou une aide pharmacologique sont nécessaires, il s'agit le plus souvent d'une prescription ponctuelle, d'un anxiolytique ou d'un hypnotique destiné à éviter un trop haut niveau d'anxiété ou trop de nuits sans sommeil. Il est important de poser d'emblée une durée de prescription souvent limitée à une dizaine ou une quinzaine de jours. Le seul processus d'écoute et de réflexion commune et partagée permet d'éviter une prescription de médicaments psychotropes. Lorsque cette prescription s'avère utile, elle impose un nouvel entretien au bout de 8 à 10 jours afin d'en réévaluer le bien-fondé. La reconnaissance d'une prise d'alcool ou de toxiques permet d'en pointer le caractère néfaste et de travailler autour de l'idée que la tentative de trouver une solution au travers d'un toxique crée un nouveau problème masquant les autres. Dans la plupart des circonstances de rupture, le délai d'action des antidépresseurs fait que leur prescription doit être réfléchie, car leur efficacité différée permet un processus d'auto-réparation.

Conclusion

Conclure sur les premiers jalons psychothérapeutiques dans un contexte de séparation amoureuse revient à poser quelques jalons simples. Le thérapeute reçoit une personne qui s'est déjà confiée à des amies, des proches, de la famille. L'entretien se devra d'amener un apaisement et d'inviter à une forme de réflexion différente. Dans cette différence interviennent les motifs moins évidents de la séparation, ceux au second plan ; la mise à plat du cheminement d'un « désamour », la mise à plat de sentiments pénibles de trahison, d'abandon, de disqualification. L'apaisement apporté découle, comme souvent, du sentiment d'être écouté et qu'une véritable réflexion peut s'effectuer. Amener la personne à réfléchir sur sa manière d'être et sa responsabilité dans la séparation ne se fait pas immédiatement, tant dans les disputes de couple cet argument est souvent soulevé. L'effet cathartique de ces entretiens, la recherche de la part de soi meurtrie ou « emportée » par celui qui part permettent de réduire la douleur émotionnelle.

CHAPITRE 15

Accueil psychothérapeutique en situation de crise

Il arrive que des demandes psychothérapeutiques soient effectuées en urgence. Une personne, sa famille, un collègue médecin appellent. Une situation parfois dramatique est décrite, cette situation peut évoluer vers quelque chose de pire. Le terme de crise a été choisi, il renvoie en effet à des conceptions plus riches et à des potentialités évolutives plus fertiles que l'urgence.

L'urgence est largement dominée par une catégorisation en diagnostic. Dans l'urgence, les agitations, les idées délirantes, les hallucinations ou les désorganisations du comportement, vont conduire à poser un diagnostic de schizophrénie, d'état maniaque, d'abus de toxiques, etc. Dès lors, si un diagnostic est posé, un projet thérapeutique va être instauré, les traitements biologiques y auront une part importante.

Il en va tout autrement de la conception de la crise. Selon Andreoli, la crise s'intéresse à la complexité ; elle ne réduit pas la personne à ses troubles psychiques, à une réaction ou à un facteur de stress. La crise est un moment d'interaction entre des composantes relationnelles multiples nouées avec les personnes de l'environnement du patient et son psychisme, un lieu de force mouvante pulsionnelle, de résistance, de mécanismes de défense et d'autres dimensions énergétiques. L'idée de la crise vise à la situer au confluent entre une souffrance aiguë, moteur d'un changement, et un désir profond de retour au statu quo antérieur représentant la résistance massive à toute modification.

Ce premier invariant doit rester dans l'esprit de tout thérapeute lors des demandes de consultations en urgence : il y a à la fois un désir de changement et un souhait que tout revienne comme avant, en un mot, que rien ne change. Cette singulière demande avec ses deux facettes autour de la souffrance, du désir de changement, et en même temps des résistances pour que rien ne change, définit une composante de la barrière au traitement. Cette composante appartient au patient. D'autres composantes relèvent du médecin, que ce dernier soit peu disponible, qu'il ait du mal à nouer une alliance thérapeutique, qu'il n'arrive pas au fil des entretiens à bâtir une hypothèse de psychothérapie.

Dès lors, si on ne souhaite pas rentrer dans une clinique sémiologique ramenant en permanence ces demandes d'entretien psychothérapique en urgence à un simple trouble anxieux, à des idées suicidaires ou à un vacillement psychotique, il convient de dégager quelques grandes situations ayant un caractère éruptif, volcanique, et amenant des demandes en urgence.

Débordement émotionnel

Le débordement émotionnel se traduit par des symptômes d'anxiété, des attaques de panique, de profondes angoisses. Ils engendrent une insomnie, des pensées d'abord inquiètes puis défaitistes, puis négatives. Si l'on s'en tient aux simples facteurs déclenchants, ils sont éminemment variables. Il peut s'agir d'un voyage, d'une circonstance professionnelle, d'une dispute, voire d'un événement heureux : la naissance d'un enfant ou un mariage. Si l'on se contente de faire un simple lien, réactionnel, avec l'événement, celui-ci paraît banal, sous-proportionné avec l'orage émotionnel qui l'a déclenché. Dès lors, dans une hypothèse de crise, du côté du patient, il s'agit de comprendre qu'elle est la valence relationnelle de cet événement et quel est l'impact psychique qu'il va susciter.

Valence relationnelle d'un événement

Ce n'est pas l'événement en soit qui revêt une importance particulière, mais le contexte relationnel qu'il implique. Une dispute professionnelle va tirer son importance des dimensions de rivalité, de relation à une autorité, d'amitié déçue ou d'alliance espérée et trahie. Ainsi, l'étude de la valence relationnelle d'un événement doit-elle être systématique.

Françoise se marie ; elle a invité toute sa famille en accordant une place particulière dans son cœur au fait que ses parents, séparés depuis dix ans, soient présents le jour du mariage. Françoise noue des liens proches mais relativement froids avec sa mère. Son père a retrouvé une compagne bien plus jeune, âgée d'une dizaine d'années de plus que Françoise. Peu de temps après le mariage, son mari, conducteur de travaux, s'absente pour un déplacement prévu de longue date. Mais dans l'équipe de son mari travaille une jeune femme connue de Françoise. Vis-à-vis d'elle quelques sentiments d'inquiétude jalouse vont naître. Les fortes angoisses qui apparaissent chez Françoise ont été d'abord comprises comme liées à l'absence de son mari juste après quelques semaines de mariage. Mais la valence relationnelle de la situation se manifeste bien vite lorsque l'on comprend la crainte de voir le schéma d'un père volage ayant abandonné sa mère, se reproduire vis-à-vis de son mari, capable de partir avec quelqu'un d'autre. Il s'agit moins d'une angoisse par absence que d'une angoisse où s'enchevêtrent la crainte de l'infidélité des hommes, des éléments de jalousie, la déception de l'abandon par le père dans son enfance.

Impact sur le psychisme

Françoise a toujours été sensible aux questions de séparation et au vécu d'abandon. Lorsque ses parents se sont séparés, elle a souffert de différents symptômes phobiques : peur du noir, difficultés pour aller à l'école. Elle les a surmontés en partant à l'étranger durant un an et demi, et dans cette période, elle n'a eu aucun problème mais également peu de relations approfondies. En revenant sur ces éléments du passé et en montrant que les symptômes actuels, même s'ils sont différents, définissent une répétition, le thérapeute pointe des comportements d'attachement dysfonctionnel. Il va en tirer des pistes thérapeutiques en lien ou en relation d'objets qui se sont instaurés dès l'enfance et sans doute également essayer de cerner les images parentales de Françoise.

Du côté du thérapeute

Il existe un véritable piège de la banalisation. Ce piège fonctionne d'autant plus que le thérapeute se trouve dans une situation de contrainte, pressé par ses rendez-vous, victime d'un emploi du temps surchargé. L'état de disponibilité, la capacité à accueillir une plainte et une difficulté, n'est pas accessible à tous à tout moment. Le fait d'avoir rajouté un rendez-vous, d'être en fin de journée, d'avoir un impératif ou une contrainte, rend l'interaction plus difficile et peut parfois la stériliser. Dès lors, chez le thérapeute doit exister une « éthique du souci » selon l'expression de Vaiva, destinée à ne pas réduire un débordement émotionnel à des aspects factuels événementiels.

Souffrance dépressive

Des demandes d'entretien en urgence se justifient par une profonde tristesse, des pleurs incessants, une incapacité à mener ses activités professionnelles ou familiales. Elles se majorent parfois d'idées récurrentes de se blesser ou de se donner la mort. Cette souffrance dépressive se manifeste de façon d'autant plus intense que le thérapeute perçoit la tristesse, en est ému. Il sent un mouvement d'empathie le gagner. Empathie qui se manifestera selon les cas par une tendance à une prescription médicamenteuse ou par un approfondissement des motifs de la souffrance.

Cette souffrance psychique est bien souvent liée à une déception. Le terme de déception semble d'autant plus fructueux qu'il fait état d'attente, d'espérance secrète, de souhaits plus ou moins avoués vis-à-vis d'une situation ou d'une personne. Dans la déception, la vie psychique interne du sujet noue vis-à-vis d'un être ou d'une situation un rapport idéalisé, magique, plein d'espoir et un peu illusoire. Dès lors tout abandon, tout décès, toute perte vont profondément déstabiliser la personne. Dans ces contextes de souffrance, les symptômes apparents exprimeront aussi bien

de la tristesse et des pleurs qu'un ralentissement de la pensée et des actions. On pourra assister à une mise en sommeil de l'imaginaire grâce à une insomnie supprimant toute possibilité de rêves ou une fragmentation permanente du sommeil. Il n'est pas rare que se manifestent des exacerbations de traits de personnalité. Ces « réactions de personnalité » comportent la fuite sociale, l'isolement, ou la dépendance permanente à autrui, ou bien des réactions de méfiance et de suspicion sur la nature des liens amicaux ou sentimentaux. Cette souffrance amène quelquefois à des idées suicidaires.

Le questionnement de la crise va bien au-delà de la réflexion autour de la perte ou de l'abandon d'un objet.

Au niveau des aspects relationnels, le patient devrait être encouragé à exprimer toute une gamme de sentiments, de dépendance, de soutien, de régression qu'il pourrait avoir vis-à-vis de la personne ou de la situation perdue. Pour les aspects psychiques, ils concernent les relations entre soi et les instances morales qui nous gouvernent.

D'autres formes de dépression touchent la difficulté à être soi-même, la souffrance d'être soi. Ces dépressions renvoient à un noyau narcissique où le souci d'être actif, entreprenant, autonome, se heurte à différentes résistances de la personnalité. Cet élément intrapsychique relève des liens de dépendance, des processus d'attachement, de l'idéalisation des personnes environnantes, et du sentiment infantile de solitude et d'inexistence en cas de disparition.

Lors des premiers entretiens, devant des situations de souffrance dépressive, l'enjeu ne se situe pas au niveau de sentiments de compassion, de l'aide ou du soutien que l'on aurait envie d'apporter. Bien sûr, ces éléments sont indispensables ; mais dans une perspective de crise, la question va se poser autrement.

- Cette perte si douloureuse ne cache-t-elle pas des éléments négatifs ou délétères qu'entretenait le sujet avec l'objet perdu ?
- Que révèle-t-elle de si douloureux dans la structuration de la personnalité du sujet ?
- En quoi répète-t-elle d'autres situations plus anciennes pour figer le sujet dans une répétition douloureuse ?

Ces questions permettent d'animer les premiers entretiens en situation de souffrance psychique ; elles ne figeront pas les réponses, parfois indispensables mais réductrices, en une simple prescription d'un antidépresseur. Il n'est pas rare que dès le 3^e ou le 4^e entretien on assiste à une amélioration modérée mais réelle. Le fait d'écouter, de nouer une relation et de tenter une compréhension globale tenant compte de la complexité des liens, des nœuds psychiques et des hypothèses, donne un « plus » au soutien au patient. Elle constitue une réelle alliance thérapeutique. Cette écoute fonctionne comme une aide pour apprécier ce qui est mouvant, complexe, contradictoire ou ambigu dans les relations aux autres et à soi-même.

Émergence de symptômes psychotiques

Il ne sera pas fait allusion ici à l'apparition de symptômes directement liés à des prises de cannabis, de cocaïne ou d'héroïne. On sait bien que ces substances toxiques révèlent des aspects de fragilité de la personnalité et des dimensions de failles, d'angoisse ou de tristesse que le toxique vient soulager mais aussi faire apparaître. Mais dans ces contextes, outre le travail de gommage provoqué par le produit toxique, on ne peut librement évaluer une demande psychothérapeutique qu'à distance des prises de toxiques. Cela n'empêche pas le thérapeute d'avoir une action différente mais appartenant au processus psychothérapeutique, elle relève soit d'un engagement dans les soins, soit de quelques entretiens motivationnels. L'accent sera surtout mis sur l'apparition ou les recrudescences de thématiques délirantes hors de la prise de toxiques.

Faut-il rappeler que l'émergence d'hallucinations ou d'idées délirantes n'est pas strictement synonyme d'un diagnostic de schizophrénie ? Dans une population générale jeune, entre 18 et 25 ans, on retrouve près de 9 % de personnes qui déclarent ressentir des hallucinations. En effet, certains contextes délirants, brefs, durent quelques jours à quelques semaines. Ils peuvent évoluer vers une cessation des idées délirantes et ne pas avoir de suite durant plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Ceci est le cas des hallucinations du veuvage après un deuil, de rares expériences mystiques ou chamaniques. Il s'agit aussi des bouffées délirantes ou des psychoses délirantes aiguës.

Les idées délirantes ou les hallucinations s'inscrivent presque d'emblée dans un processus relationnel. La menace est parfois interne lorsqu'il s'agit d'une hypocondrie délirante ; ce sont des parties du corps qui menacent car elles ne fonctionnent plus assez bien et sont isolées du reste du fonctionnement de l'organisme. Mais le plus souvent, la menace est externe, attribuée de façon plus ou moins précise à un groupe de gens ou à un persécuteur désigné. Il y a souvent un début qui prend deux formes un peu distinctes.

- Dans bien des cas, il existe au début une tentative de critique de ce qui est vécu. Le sujet perçoit bien qu'il est en proie à des idées inhabituelles ou étranges, il essaie de les combattre, il se demande s'il devient fou, s'il perd la raison. Dans ce type de situation, une première étape du soin consiste à faire sentir et à demander d'expliquer un contexte de menace, d'insécurité ou d'étrangeté qui a amené l'apparition de telles pensées ou de telles idées.
- Dans d'autres circonstances, les idées délirantes ou les hallucinations apparaissent bien structurées et font l'objet d'une adhésion massive. « Le délire apparaît armé et casqué », selon l'expression des vieux aliénistes. Il ne s'agit nullement dans ce contexte d'entamer une joute avec

le patient pour lui faire sentir où se trouve la réalité ; sa réalité propre a été transformée. Il convient simplement d'intervenir sur la souffrance perçue par le malade, liée au contexte ou induite par les idées délirantes. On se pose dans une attitude d'écoute ni rejetante ni trop compassionnelle, le rejet serait d'expliquer au malade en quoi ce qu'il ressent est délirant, la compassion pourrait amener à adhérer à un système délirant. L'objectif dès lors sera de travailler avec le patient autour de l'idée : « puis-je vous aider à moins souffrir de ce que vous percevez ou de ce que vous entendez ? ».

Dans ce contexte, les médicaments antipsychotiques doivent être présentés non comme des traitements qui permettent à la réalité de revenir, mais comme des médicaments qui atténuent l'intensité de la souffrance.

Exacerbations de traits de personnalité

Parmi les éléments de souffrance pouvant être source de demandes d'entretien ou de psychothérapie en urgence, figurent des réactions d'irritabilité, des propos hostiles ou dévalorisant vis-à-vis de son entourage, une impression d'être dépassé ou insuffisant, des perceptions de rejet ou de disqualification. À ces expériences qui sont de l'ordre du vécu, peuvent se rajouter des comportements aussi variés que le refuge dans l'alcool, les prises de risques, l'isolement, le changement radical d'un contexte de vie, l'installation d'une crise existentielle de la cinquantaine, de l'entrée à la retraite... Il peut s'agir également de gestes suicidaires, les premiers mots explicatifs démontrant un désir non pas de mourir mais bien de poser un fardeau, de souffler, de s'isoler d'un certain nombre de contraintes.

Dans ces entretiens préliminaires, on ne considérera pas tous ces symptômes comme liés à une maladie définie, mais on les percevra comme une exacerbation, de quelques semaines à quelques mois, de la souffrance induite par un contexte. Dans beaucoup de ces situations, le narcissisme du sujet est mis à mal. Il existe un vacillement identitaire dont les origines sont multiples.

Jacques est un chercheur appartenant à une équipe de recherche dans un laboratoire pharmaceutique travaillant sur la fluidification du sang. Cette équipe, longtemps solide, fait l'objet d'une menace de dissolution du fait du contexte économique. Des courriels où l'on envisage soit la réduction du personnel, soit sa répartition dans d'autres filiales situées dans des pays éloignés, commencent à apparaître. En Jacques s'installe une méfiance profonde ; le sentiment que son âge va l'amener inexorablement vers un licenciement se renforce ; il devient irascible, il s'interroge sur la différence d'âge avec les autres membres de son équipe

et sa capacité à rebondir. Il en arrive à boire par moments, à d'autres instants, il pense que ses collègues ne l'aideront en rien. Son épouse l'incite à entamer une psychothérapie ; il la refuse. Après un entretien d'évaluation avec son chef d'équipe où ce dernier a simplement pointé ses modifications de comportement, Jacques se sent perdu et demande de l'aide en urgence.

Le premier entretien relève simplement du soutien ; il comporte une écoute, une clarification des pensées et des vécus. Le thérapeute intervient comme un élément de soutien capable de réfléchir et d'aider à prendre une distance.

Le deuxième entretien laisse apparaître des éléments plus complexes. Jacques se demande pourquoi il est resté si longtemps dans cette équipe, pourquoi il n'a pas fait preuve de mobilité et de plus d'autonomie. Qu'est ce qui l'a amené à demeurer dans ce statut ?

Pour tenter de mettre un tiers, un espace intermédiaire, le troisième entretien va se focaliser sur les loisirs, les passe-temps et l'activité imaginaire de Jacques autour de ses rêveries et de ses fantasmes. Cette dimension paraît complètement occultée, Jacques ne se souvient de rien ; il signale simplement un sommeil très agité.

Le quatrième entretien laissera apparaître les bénéfices de la suggestion proposée en s'intéressant aux rêves. Jacques, pour la première fois depuis des mois, a le sentiment de rêver, et il amène un rêve de nature professionnelle. Dans son rêve, il se situe dans une seringue géante dont le piston est représenté par le plancher de son laboratoire qui monte inexorablement pour l'écraser vers le plafond. Jacques commence à réfléchir autour de cette métaphore de cul-de-sac et de blocage et fait le lien avec sa situation professionnelle. Cet espace imaginaire soulage Jacques et lui permet de prendre un peu de recul par rapport à sa situation

Finalement, dans ces situations de demandes d'entretien en urgence, le vécu du thérapeute oscille entre plusieurs possibilités. L'une concerne l'irritabilité, l'indisposition, le sentiment de ne pas avoir envie d'écouter encore une souffrance ou une histoire lourde et difficile, ceci d'autant plus qu'il s'agit d'une fin de journée ou que ses consultations ont pris trop de retard. Une autre relève de la crainte de ne pas savoir que faire ou comment faire devant la complexité des plaintes ; un autre vécu s'exprimerait en se dépêchant de « passer la main », de confier le patient à un autre thérapeute ou à un confrère. Parfois, ces crises mobilisent de l'émotion chez le thérapeute, une envie de « faire quelque chose », un réel besoin d'aider. Il s'agit de ne pas se laisser déborder par ses émotions, par l'affectivité, et de pouvoir scinder le matériel amené par le patient en des fractions traitables ou gérables dans l'immédiat et d'autres nécessitant un ou plusieurs entretiens ultérieurs.

CHAPITRE 16

Gestion de la famille, grands problèmes familiaux

Le patient se situe au centre d'un système familial où s'entrecroisent des mythes familiaux, une histoire, des rôles précis attribués à chaque membre, des enjeux de pouvoir, des systèmes de communication. Or, cette complexité est largement évacuée, de deux façons opposées :

- soit le psychothérapeute évite de façon absolue tout contact avec la famille. Cette éviction, si elle est la règle en matière de psychothérapie analytique, est fréquemment mal ressentie par les proches ou la famille ;
- certaines familles, par l'intermédiaire des courriels, du téléphone, exercent une maîtrise ou semblent vouloir contrôler la thérapie. À ce niveau, le thérapeute perd plusieurs niveaux d'objectivité.

Il existe des thérapies familiales spécifiques ; certaines obéissent au modèle systémique où des enjeux de communication, de rôle, font l'objet d'une investigation. D'autres thérapies familiales concernent une approche psychanalytique ; les enjeux se situent au niveau de fantasmes familiaux, de secrets, de malédictions ou de mythes. Il est cependant fréquent que l'on sente le rôle de la famille, au niveau de la prise de rendez-vous, dans de possibles interventions pour abrégier la psychothérapie, voire dans un désir de changement de psychothérapeute. Dès lors, la question concernant les familles doit faire l'objet d'une réflexion assise, pondérée.

« Gestion des familles »

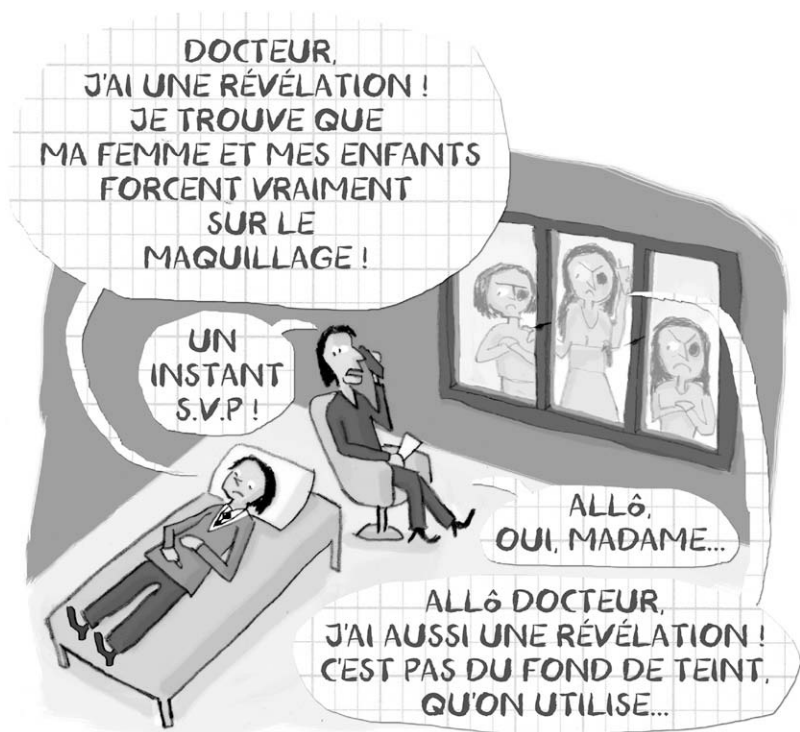
Un œil neuf pour le patient

Dans les consultations initiales, dans la salle d'attente, peuvent se présenter des groupes familiaux : conjoint, parents, frères ou sœurs. Le fait qu'ils accompagnent un patient n'est jamais neutre. La règle générale veut que l'on salue, en se présentant, l'ensemble des membres venus, qu'on propose de rencontrer le patient et de réserver un temps d'entretien à la fin de la consultation en présence du patient pour discuter avec les personnes accompagnantes. Il est important de garder toutes les impressions et les vécus que suscite un patient seul pour y réfléchir et les analyser. Mais cette règle de garder l'œil neuf pour le patient peut connaître deux difficultés. D'une part,

les patients, venus à contrecœur, manifesteront leur réticence en limitant au maximum les échanges et en taisant bon nombre de leurs problèmes. D'autre part, dans le cas de familles qui se lèvent d'un bloc, on a l'impression que tout le monde veut rentrer dans le bureau : ceci introduit l'idée d'une problématique familiale à élucider. Garder l'œil neuf pour le patient demeure la règle, il est toujours nécessaire de lui demander, quand on le voit seul à seul, s'il est d'accord pour qu'on reçoive les membres de la famille qui l'ont accompagné. On reçoit toujours les accompagnants en présence du patient même s'ils ont fait la demande de voir le thérapeute en aparté. En effet, voir patient et famille séparément accentue des clivages potentiels, peut être source de mystère et surtout peut amener le patient à s'interroger sur sa place réelle dans la thérapie.

Informations latérales

Il est habituel que, sous le sceau du secret, des familles envoient des lettres, des courriels ou téléphonent pour donner des informations « que le patient ne vous dira pas » ou « qu'il est important que vous sachiez ». Certains thérapeutes refusent d'en prendre connaissance pour ne pas interférer avec la thérapie. D'autres tiennent compte des informations et glisseront dans une consultation ultérieure qu'ils ont reçu des informations de la part de la famille concernant tel point ou tel autre.



Ces informations sont d'autant plus difficiles à gérer que les lettres ou les courriels relevant du dossier du patient lui appartiennent et pourraient lui être communiqués. Dans un nombre de cas non négligeables, ces lettres s'accompagnent d'une mention : « Je vous transmets ces informations bien sûr sous le sceau du secret, et mon mari, ou ma fille... ne sont pas au courant de ce que je vous dis. ». Si l'on veut maintenir un niveau d'alliance honorable, l'information de ce type de courrier sera délivrée au patient.

Retour d'information aux proches

Il arrive que le psychothérapeute connaisse personnellement un membre de la famille ou un conjoint. Lorsque cette connaissance est trop rapprochée, répétitive, il évitera de prendre le patient en psychothérapie, n'ayant plus la neutralité nécessaire. Il pourra cependant rencontrer à une ou deux reprises un patient avant de l'aiguiller vers une autre thérapeutique.

Il faut demander au patient ce que l'on peut transmettre à un proche si celui-ci interroge sur un diagnostic, ou l'évolution d'une thérapie. Ceci concerne tout particulièrement les jeunes patients ou les adolescents, à qui il faudra systématiquement demander : « Si ton père ou ta mère m'interroge, que puis-je leur transmettre ou que puis-je leur dire ?... ».

Événements graves en cours de psychothérapie

Il arrive qu'une famille signale après quelques séances qu'un patient se drogue, a une consommation très importante d'alcool ou présente des conduites à risque sévères. Elle peut également informer qu'il a arrêté complètement tout traitement ou qu'il fait semblant de prendre un traitement sans le suivre régulièrement. Le caractère délicat de ces informations tient au fait qu'elles sont délivrées à l'insu du patient. Si on peut demander à la famille de prévenir le patient qu'elle communique ces informations, ceci simplifie la relation ; sinon, on peut interroger le patient de manière détournée sur la réalité d'une information ou d'une autre. S'il confirme les informations, le contexte se simplifie. S'il n'en fait pas mention, elles resteront pratiquement inutilisables.

Familles indifférentes ou absentes

Il existe des contextes de maladie grave, où l'on est étonné du silence des proches. On peut alors demander l'autorisation au patient d'avoir un contact. Dans certains cas, les familles sont épuisées, déprimées, voire démissionnaires. Dans d'autres cas, les non-dits, les silences sont tels que plusieurs membres de la famille ne sont pas au courant de la gravité des difficultés voire même en ignorent tout à fait l'existence.

Enjeux d'une rencontre familiale

Dans le cadre d'une psychothérapie, ces rencontres familiales n'auront lieu qu'à une ou deux reprises. Au-delà, elles sortiraient du cadre d'une psychothérapie individuelle. De telles rencontres doivent avoir un objectif précis. Cet objectif restera volontairement limité. Parmi les objectifs que l'on peut assigner à ces rencontres familiales, on peut mentionner le complément d'information, le regard extérieur d'un membre de la famille, un autre point de vue sur une situation donnée que celui du patient, la tentative de nouer un dialogue sur des aspects éludés ou jamais abordés...

Il faut bien dissocier ces entretiens familiaux, dont le caractère reste informatif, du registre de l'éducation à la santé ou de l'éducation thérapeutique, d'entretiens thérapeutiques. Ces derniers ne concernent pas une psychothérapie individuelle et relèvent de thérapeutes spécialisés. On posera dès le début le caractère unique ou éventuellement la possibilité à moyen ou très long terme de se revoir. Il arrive que cet entretien familial, où le patient assiste toujours, prenne la forme d'une querelle de famille ou d'un règlement de comptes. Il faut d'emblée poser l'objectif de cet entretien : avoir plus d'informations, comprendre comment on en est arrivé là... Si des dysfonctionnements, de l'hostilité, des remarques blessantes apparaissent, ils ne feront que confirmer l'existence de problèmes familiaux et devront faire poser la question d'une thérapie familiale si elle est possible.

Notes après entretien

Ces entretiens peuvent se révéler extrêmement riches : il est très important d'en faire une synthèse et une note car des informations souvent précises et uniques auront été délivrées. Dans cette démarche, on attribuera systématiquement les propos à la personne qui les a confiés : « la mère de M. X rapporte que... », « le mari de M^{me} Y signale que... ». On rappellera enfin la gravité d'établir un certificat médical reposant sur les propos d'un conjoint ou d'une épouse : ceci doit être absolument proscrit. De façon analogue, un thérapeute faisant état de difficultés, de conflits ou de sévices vis-à-vis d'un enfant pourra être tenu responsable d'une absence de réaction ou de ne pas avoir informé les services sociaux.

Grands conflits familiaux

Bien sûr, les conflits familiaux sont innombrables. Leur registre peut varier à l'infini, allant d'aspects financiers aux difficultés de reconstitution d'une famille. Pour ne pas entrer dans un catalogue, quatre aspects différents seront abordés, chacun ayant souvent un

retentissement particulier dans la demande et dans l'évolution d'une psychothérapie.

Mythes et secrets familiaux

Plusieurs familles possèdent un mythe interne : la réussite financière, les valeurs spirituelles, les enjeux de diplômes ou universitaires. Lorsqu'un patient échappe à ce mythe, soit d'emblée, soit en ayant tenté de s'y conformer, ceci augure d'une réelle difficulté pour lui.

François, fils de cardiologue et petit-fils de médecin, présente un avenir tout tracé par le sillon familial déjà existant. Mais dès son enfance, François souhaite devenir guide de haute montagne dans les Pyrénées. Il consacre ses week-ends à l'escalade ; durant l'hiver, il accroche un filet aux fenêtres de sa maison pour dormir dehors et s'aguerrir au froid. Durant l'été, à plusieurs reprises, il exerce ses mains à bien sentir les prises. La pression paternelle est telle que François réalise des études de médecine et sa demande psychothérapeutique apparaît devant son incapacité à écrire sa thèse. Cette dernière signale le passage dans la vie professionnelle.

Les secrets familiaux, notamment de filiation, et leur révélation, constituent des problèmes fréquents. Les familles s'interrogent sur « que dire ? », les enfants apprennent tardivement des secrets sur leur père, sur leur adoption.

Au titre des secrets figurent également des décès d'enfants aînés et la survenue d'enfants de remplacement. Il arrive qu'un motif de psychothérapie soit représenté par la blessure de ne pas avoir été désiré ou bien par le sentiment que le parent aurait apprécié un enfant d'un autre sexe (fille ou garçon).

Dans ce contexte, il est souvent important de revenir sur l'histoire des parents : leurs propres parents, leurs souhaits d'existence, leurs rencontres et leurs projets de vie.

Il existe des secrets vécus comme des malédictions familiales, des « tares ». Il peut s'agir d'une psychose chez un membre de la famille, d'un alcoolisme ou d'une maladie génétique. Là aussi, il faut approfondir la symbolique familiale et la manière qu'une famille a eue d'affronter, de gérer, de cacher ou de ne pas admettre telle ou telle maladie chez un de ses membres.

Traumatismes familiaux

Ces traumatismes sont dominés par des sévices sexuels intrafamiliaux, qu'il s'agisse de viol ou d'inceste. La dynamique familiale est directement interpellée soit par le secret soit par le sentiment de silence complice d'un parent. Dans ces traumatismes familiaux, peuvent survenir

l'incarcération d'un père, à la suite de comportements incestueux ou de viols vis-à-vis d'une fille. La reconstruction psychothérapeutique peut comporter plusieurs facettes :

- d'une part, libérer certains protagonistes de la culpabilité perverse qu'on leur a fait endosser. Certains enfants se demandent s'ils n'ont pas été coupables d'avoir provoqué des comportements incestueux de la part de leur père ;
- d'autre part, reprendre le contexte général d'une situation traumatique afin de clarifier les secrets et le contexte de sa survenue ;
- explorer les éléments post-traumatiques. Ces éléments sont souvent représentés par des rêves répétitifs, des états d'angoisse, des états d'alerte et de qui-vive permanents ;
- essayer d'approcher les modifications de personnalité qui ont accompagné les événements traumatiques.

Parmi les événements graves intrafamiliaux, il faut mentionner les cas de violences intrafamiliales très sévères.

Même adulte, Régine, dès qu'il existe une colère ou une tension avec son mari, revoit les scènes terrifiantes de son enfance. Son père pouvait frapper sa mère, hurler dans la maison, suspendre un des enfants par les pieds du haut du 4^e étage de leur immeuble en menaçant de le laisser tomber. Des objets étaient projetés sur le sol ou sur les murs. Ces colères duraient plusieurs heures. Les enfants étaient terrorisés, silencieux, cachés.

Injustices et inégalités familiales

Il est très fréquent de voir apparaître en cours de psychothérapie des enjeux concernant des sentiments d'injustice. Ces injustices s'expriment par des preuves d'amour différentes des parents vers leurs enfants. Des sentiments qu'un frère ou qu'une sœur a été mieux aimé, plus doté. Le décès des parents fait l'objet d'une réactivation de ces sentiments d'injustice. Il arrive que les filles qui se sont occupées de la santé déclinante de leurs parents reprochent à leurs frères ou à d'autres sœurs une indifférence ou une absence d'implication. Ce sentiment d'injustice peut se dévoiler dans les partages et les successions.

Le sentiment de dette impayée peut également se rencontrer chez des personnes qui ont soigné et gardé leurs parents soigneusement et qui comprennent mal que leurs propres enfants ne s'intéressent plus à eux, les négligent.

Beaucoup de ces questions de rivalités renvoient à des aspects de liens parents-enfants ou à des conflits entre frères et sœurs pour obtenir l'amour de leurs parents. Il s'agit bien d'une approche transgénérationnelle qui devra être élaborée.

Enjeux de rôle et de communication

Au niveau des rôles, certains sont posés de façon tout à fait claire, en terme de matriarcat ou de patriarcat : l'un des parents détient le pouvoir. Mais il existe des possibilités de pouvoir apparent et de pouvoir réel. Celui qui est censé détenir le pouvoir peut être « piloté en sous-main » par son conjoint de façon subtile.

Les rôles familiaux peuvent se modifier et les transitions de rôles représentent souvent des motifs de demande psychothérapeutique. La disparition des parents, amenant des adultes jeunes à devenir chefs de famille et responsables des générations suivantes, peut en être un exemple. De jeunes adultes devenant « les parents de leurs parents » peuvent souffrir d'une situation où ils ont le sentiment de devoir gérer les aspects financiers, sociaux et relationnels de leurs aînés. Ces transitions de rôles peuvent survenir également après des périodes de maladie ou dans des situations de handicap. Enfin, il arrive très souvent dans des contextes de séparation ou de divorce, à des enfants, même adultes, de servir d'émissaires, de messagers dans des conflits entre les parents. Parfois, il ne s'agit plus d'être un messenger : l'enfant se transforme en missile chargé de transmettre des mauvaises nouvelles ou des accusations véhiculées par l'autre parent. Ces situations sont d'autant plus inconfortables qu'elles ne sont pas perçues ou que l'enfant missile les exécute de bonne foi. Plus tardivement, il pourra se rendre compte d'une situation pas aussi manichéenne – les bons d'un côté et les mauvais de l'autre – qu'il a pu le penser un moment.

D'autres conflits familiaux existent, liés à des départs brutaux et définitifs d'enfants dont on entendra ne plus jamais parler. Des brouilles majeures peuvent survenir. Il est généralement utile de conseiller de maintenir un contact même médiatisé par une lettre, une carte d'anniversaire ou de vœux. Tendre la main, maintenir un lien évitent les ruptures absolues.

Conclusion

Si l'on devait poser trois règles simples :

- la première concernerait le fait de ne pas recevoir une famille sans l'accord du patient en psychothérapie ;
- la deuxième règle imposerait de toujours recevoir une famille en présence du patient en psychothérapie pour éviter secrets, interprétations et fantasmes ;
- la troisième règle serait de retrouver les dimensions secrètes, traumatiques, de rivalité ou de communications intrafamiliales.

CHAPITRE 17

Situations transculturelles : quelques repères*

De l'importance d'une double approche, psychodynamique et anthropo-sociologique, dans la prise en compte du symptôme

La rencontre d'un patient en situation dite « transculturelle » pose au clinicien se référant à un cadre radicalement différent des problèmes et des difficultés, tant diagnostiques que de compréhension et d'interprétation. En effet, la référence à un cadre et aux « outils symboliques » offerts par un patient dont la culture est étrangère modifie l'expression et la mise en forme du symptôme, qui reste, bien sûr et avant tout, symptôme dans un champ social donné.

Ne seront pas évoqués, ici, les problèmes techniques que pose la différence culturelle en terme de dispositif de prise en charge, tels qu'ont pu les aborder des auteurs comme T. Nathan ou M. R. Moro. Il semble essentiel d'insister sur l'obstacle indispensable à surmonter qu'est celui de la langue et de la traduction, sans lequel rien ne peut se nouer dans le cadre d'une relation thérapeutique. Il est à ce titre important, si l'on doit mettre en œuvre un dispositif de traduction, de privilégier, quand cela est possible, des interprètes qualifiés et professionnalisés, dans une position de neutralité affective vis-à-vis du patient, plutôt que des systèmes de dépannage de type familial ou de voisinage. Ces derniers induisent des résistances et des positions défensives, tout à fait compréhensibles, nuisibles à l'établissement du lien de confiance avec le thérapeute.

« Complémentarisme » des cadres explicatifs

Le brouillage référentiel faisant éclater les systèmes diagnostiques occidentaux traditionnels, propre à la rencontre en situation transculturelle, s'explique par la coexistence de plusieurs modèles de croyances ou de systèmes explicatifs à l'origine du trouble ou de la maladie. Ainsi,

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Nicolas Velut.

si un patient maghrébin fait état d'un envoûtement ou d'une possession par un « djinn », ceci n'a pas la valeur d'un symptôme délirant s'intégrant dans un fonctionnement psychotique ; il peut s'agir d'un fait d'appartenance culturelle attribuant la maladie à une causalité externe. Cette explication peut coexister avec une conception occidentale utilisant par exemple le modèle biopsychosocial. On se trouve devant des systèmes explicatifs anthropologiques non seulement capables de coexister avec des systèmes explicatifs psychodynamiques, mais encore capable de se compléter et de s'expliquer l'un l'autre. L'anthropologie renvoie à la culture, aux croyances et aux représentations d'un groupe. L'aspect psychodynamique s'intéresse au développement, aux conflits internes et aux résistances spécifiques du sujet. On doit à Georges Devereux, anthropologue et psychanalyste d'origine hongroise, père de l'ethnopsychanalyse, la conceptualisation théorique du « complémentarisme », c'est-à-dire de la nécessité, pour comprendre l'existence et la fonction d'un symptôme, de pouvoir en rendre compte simultanément dans deux ou plusieurs champs de savoir, non réductibles l'un à l'autre.

Syndromes liés à la culture

Le cadre culturel va ainsi parfois offrir des modalités d'expression particulières et spécifiques de la souffrance inhérente aux conflits et aux complexes psychiques. Il en existe des formes extrêmes, appelées *cross cultural syndroms*, ou « syndromes liés à la culture ». Ainsi en est-il de l'« amok », sorte de folie meurtrière pouvant atteindre des individus soumis à des humiliations ou des frustrations insupportables, observée par les colons hollandais en Malaisie à la fin du XIX^e siècle. Cette affection est passée à la postérité grâce au chef-d'œuvre dû à la plume de l'écrivain viennois Stephan Zweig. Il convient de ne pas généraliser, ces modalités symptomatiques n'existent qu'en un temps et un lieu donné, et viennent bien souvent révéler autant de choses du côté des sujets observés que de celui des observateurs occidentaux, et de leurs fantasmes exotiques... Pour Georges Devereux, le syndrome lié à la culture le plus exemplaire était la grande crise d'hystérie, dite « à la Charcot », qui s'exprimait dans l'Europe occidentale de la fin du XIX^e siècle. L'hystérique empruntait à l'imaginaire qui se constituait autour de la neurologie, alors naissante et « à la mode » dans la société, des symptômes corporels dits « conversifs » pour exprimer un conflit psychique inconscient, d'origine sexuelle. Freud, qui a assisté un temps à ces leçons, en a tiré le matériau de base qui servira sa théorie des névroses. Que dire en outre, de nos jours de l'anorexie mentale, fléau de notre monde occidental postmoderne où règne l'idéal contradictoire d'un individu hyperconsommateur dans un corps de sylphide ?

S'il est important de ne pas méconnaître certains particularismes inhérents au « cadre culturel » en soi, il convient de ne jamais s'arrêter à la forme même du symptôme et de se contenter d'une étiologie culturelle mais de tenter de repérer ce qu'il en est de la souffrance singulière du sujet. Elle n'est jamais réductible à une étiologie sociale et culturelle. Il est important en effet d'évaluer la structuration du discours auquel on a affaire pour pouvoir le référer à un des grands cadres universels d'organisation psychique, névrose, psychose ou perversion, au besoin en s'aidant de l'entourage du patient ou bien des informateurs culturels que peuvent éventuellement être les interprètes. Ils pourront renseigner sur la « congruence » et l'acceptation culturelle des symptômes présentés. Ces renseignements donnent parfois de précieuses indications au thérapeute. Certains types d'organisations culturelles et sociales favorisent des modalités d'expression spécifiques de la souffrance psychique et, partant, certains types de symptômes. Ainsi, les dépressions, que nous exprimons en occident par des symptômes vécus comme un mal-être intérieur, pourront chez des sujets issus de l'Afrique subsaharienne se manifester plutôt comme venant de l'extérieur, par des idées délirantes, un syndrome persécutoire, des phénomènes hallucinatoires, des angoisses d'étrangeté. Cette symptomatologie relève d'un trouble de l'humeur et s'améliorera sans utiliser de médicaments antipsychotiques.

Le corps comme objet de transition culturelle

On doit au pédiatre et psychanalyste anglais Winnicott la notion d'espace transitionnel associé à la culture. La culture, comme le jeu, définit un espace où le patient et le thérapeute peuvent trouver une aire d'interaction.

Abdul se présente à la consultation de la douleur avec des douleurs multiples comportant des céphalées, des cervicalgies et des douleurs de la ceinture scapulaire. Abdul n'exerce aucune activité ; il s'agit d'un ancien ouvrier du bâtiment. Il vit dans un foyer d'accueil avec sa femme et ses fils. Les douleurs qu'il exprime connaissent une explication logique en lien avec un traumatisme cervical sans fracture, secondaire à son travail dans la construction. Mais ces douleurs sont rebelles. Abdul s'exprime imparfaitement en français ; une fois qu'il est accompagné par son fils, ce dernier signale que son père, lorsqu'ils habitaient en Tchétchénie, a fait l'objet de tortures lors de plusieurs interrogatoires avant que la famille ne décide d'émigrer en France. Le corps véhicule à la fois la douleur physique mais aussi la douleur symbolique liée à l'humiliation des coups. Le corps représente enfin la possibilité d'un espace de rencontre avec un soignant.

Cette histoire, malheureusement banale, montre comment le corps devient un lieu d'inscription d'un traumatisme psychique, et vient ensuite se signifier dans le cadre de la relation avec le médecin. Si celle-ci peut se déployer dans une dimension imaginaire et « transférentielle », alors elle devient véritablement un espace transitionnel au sens de Winnicott. À l'inverse, méconnaître cette dimension et l'importance symbolique du cabinet médical, où vient se formuler la plainte, ne fait que renvoyer le patient du côté d'étiologies « traditionnelles » sclérosantes et stigmatisantes, et le thérapeute du côté de ses fantasmes xénophobes ! Ainsi en est-il du célèbre « syndrome méditerranéen », ayant accablé des générations d'ouvriers immigrés. Ce syndrome se caractérisait par des plaintes de fatigue, des douleurs multiples, souvent des lombalgies, des sensations vertigineuses, un sentiment d'épuisement ou un amaigrissement. Si les bilans médicaux ne retrouvaient rien d'inquiétant à l'examen clinique ou aux bilans biologiques ou radiologiques, dès lors les plaintes étaient considérées comme excessives, théâtrales et disproportionnées. Le caractère presque méprisant de ce « pseudo-diagnostic » méconnaissait la seule possibilité d'expression d'une souffrance, conflit intrapsychique ou bien de nature psychosociale, utilisant le corps comme lieu symbolique et seul « objet de valeur » capable de les médiatiser et de les représenter au regard de la société dans laquelle ces sujets n'étaient ni entendus ni pris en compte !

Il est utile dans ce contexte de ne pas s'arrêter à la demande explicite et de « l'obturer » d'emblée en y répondant par une prescription quelle qu'elle soit, par ailleurs souvent utile et complémentaire. On doit tenter de dépasser la plainte initiale et d'élargir le cadre de l'entretien, en interrogeant bien le patient sur le lien qu'il peut faire avec des événements de vie.

« Est-ce que vos douleurs ou votre fatigue sont apparues à la suite d'événements particuliers ou de difficultés ? »

Si dans bien des cas, la première réponse est hésitante ou négative, il ne faut pas hésiter à poser de nouveau cette question à un autre moment pour obtenir éventuellement une réponse plus détaillée. Le corps prend parfois une dimension métaphorique : « Je me suis usé pour cette entreprise... Ils m'ont laminé...J'en ai plein le dos... », et se fait le support et le véhicule de cette souffrance, où l'on retrouve le risque de la classification hâtive et du « syndrome méditerranéen » déjà évoqué. Il est donc utile de comprendre le contexte, les conditions de vie, les circonstances aggravantes, et de cet intérêt affiché pour le milieu et les conditions de vie naîtront des possibilités d'amélioration thérapeutique.

Le processus d'exil comme mise à mal des règles familiales de transmission et d'inscription dans la filiation

« Comment se passent les liens avec votre famille d'ici ou de votre pays ? »

Dans beaucoup de systèmes familiaux, les règles et les systèmes éducatifs véhiculent des attentes et des schémas de pensée « culturels ». Les parents sont pris dans ces schémas, mais ils sont interrogés et mis à l'épreuve par la nouvelle génération. Quand ces systèmes de références symboliques sont investis de façon trop rigide et défensive, les enfants peuvent les rendre caduques, générant une rupture avec les générations précédentes, pourvoyeuse de souffrance pour les uns et les autres. Ceci peut arriver pour des jeunes adultes maghrébins qui doivent faire coexister les systèmes de valeurs occidentaux et les systèmes véhiculés par leur pays d'origine.

Fatima, excellente élève, souhaiterait se construire un avenir où elle exercerait la fonction de journaliste. Elle décrit sa famille comme protectrice, attentionnée mais extrêmement rigide. Certes, les études sont importantes, mais la construction d'une famille semble représenter un impératif absolu. Les parents de Fatima ont projeté un mariage arrangé dans son pays. Lorsque Fatima perçoit la volonté de ses parents de réaliser ce projet, elle tente de s'échapper du contexte familial en multipliant des sorties avec des amies. Son père se raidit, l'oblige à rester à domicile, devient vindicatif. Sa mère, jusque-là plus tolérante, épouse le point de vue du père et reproche à Fatima son émancipation et son absence de respect pour ses parents. Fatima souffre et effectue une tentative de suicide. Elle exprime au décours les paradoxes des enjeux de loyauté dans lesquels elle se situe. D'une part, elle souhaiterait faire plaisir à ses parents mais ne peut en aucun cas envisager un mariage arrangé, d'autre part elle souhaite réussir sa vie professionnelle et ne peut imaginer d'obéir à l'injonction de rester à domicile.

Fatima exprime très clairement la contrainte que le double enjeu culturel imprime en elle. Elle va d'ailleurs souhaiter une rencontre avec ses parents ; ces derniers s'avèrent tout à fait compréhensifs. Le geste suicidaire a une valeur cathartique pour tout le système familial.

Selim est le fils aîné de petits commerçants, possesseurs d'une échoppe dans le souk d'Alep, en Syrie. Il est l'aîné d'une fratrie de quatre, dont les trois autres enfants sont des filles. Elles sont demeurées en Syrie. Selim représente le seul garçon de la famille et a été envoyé en France pour faire des études d'économie. Il s'avère rapidement qu'il n'est pas fait pour les

études, mais il n'ose revenir en Syrie sur un échec. En effet, sa famille « s'est saignée aux quatre veines pour envoyer le seul garçon faire des études à l'étranger ». Selim évoque une double problématique : d'une part, il préférerait exercer un métier manuel, d'autre part, il est chargé des espoirs de toute une famille et se sent incapable de revenir s'il n'a pas réussi quelque chose. Dans ce système culturel, l'aîné des garçons symbolise un enjeu de réussite et de passage de témoin de la dynamique familiale. Selim n'ose ni écrire ni téléphoner et voudrait laisser croire à la famille que tout se passe bien.

Bien comprendre les causes de l'exil ou de la migration

Il nous semble avant tout primordial d'affirmer fortement que l'exil, qu'il soit pour raisons politiques, économiques ou bien familiales, n'est jamais un plaisir, ni assimilable à du tourisme ! Il est toujours vécu comme un obstacle, un effort, un accident de la vie, avec parfois la promesse d'un avenir meilleur, mais aussi parfois comme un échec et une fuite ! En soi, il n'est pas un processus pathologique, il est même la réalisation de tout processus d'individuation tendant à nous faire exister comme sujet dans un rapport d'excentration à nous-même, dans notre rapport à la culture comme à la langue maternelle, sans cesse en évolution. Il peut se bloquer laissant la personne aliénée à elle-même dans un monde devenu inquiétant et menaçant dans sa radicale étrangeté. Ceci engendre alors une souffrance psychique ayant à voir avec le traumatisme.

Les changements de pays procèdent le plus souvent de logiques économiques, politiques ou religieuses. Les logiques économiques expliquent les vagues migratoires des ouvriers italiens, portugais ou algériens dans les années 1960. Les logiques politiques ont amené les rapatriements d'Indochine, d'Algérie ou bien les réfugiés du Cambodge. Les logiques religieuses ont pu expliquer le départ des juifs d'Europe centrale à la veille de la seconde guerre mondiale où la fuite de certaines minorités chrétiennes de Syrie, du Liban ou d'Irak. Les circonstances de l'exil peuvent parfois trouver des résurgences inattendues.

« Comment en êtes-vous arrivé à devoir quitter votre pays ? »

Ramon est un vieux typographe retraité toulousain. D'origine espagnole, il a quitté son pays à la suite de la Guerre civile pour se retrouver d'abord dans les camps de transit des Pyrénées-Orientales avant de s'installer à Toulouse. Lorsque survient la catastrophe due

à l'explosion de l'usine AZF du 21 septembre 2001, les fenêtres de l'appartement de Ramon volent en éclats, les plafonds s'effondrent, les murs se lézardent. Dans les semaines qui suivent, Ramon éprouve un état de stress post-traumatique fait d'angoisses et de syndromes de reviviscence. Dès les premiers entretiens, il établit facilement un lien entre des scènes de guerre subies près de Burgos et les conséquences de l'explosion à Toulouse. Des souvenirs enfouis, dont il n'avait jamais parlé, surgissent au fil des entretiens : des impressions liées aux déflagrations des bombes, des frissons suscités par le souffle des explosions, des images de camarades décédés. La catastrophe toulousaine ouvre la crypte enfouie de souvenirs traumatiques dont la porte semblait définitivement fermée.

On ne peut comprendre l'alcoolisme de Radu, artisan dans la construction, qu'en s'intéressant à ses origines. Radu a fondé une petite entreprise de plomberie et d'électricité ; il travaille sur de nombreux chantiers sans compter ses heures. Lors de la séparation avec son épouse commence une dépendance importante à l'alcool, faite d'ivresses majeures. Radu a laissé sa famille en Roumanie ; il est venu en France pour effectuer des études de médecine qu'il a abandonnées en seconde année. Les raisons de cet abandon apparaissent d'autant peu claires qu'il avait réussi le concours difficile de la première année : mal-être, difficultés d'intégration. Il a bien senti que les espoirs de sa famille étaient déçus. Son père et son oncle, mineurs dans une mine de charbon, ont eu des conduites d'alcoolisation. Le fait de boire, au-delà du bien-être passager, lui permet de garder un lien identitaire avec les hommes de sa famille.

Il existe de multiples formes d'exil et de migrations, mais deux tendances se dessinent, suivant les logiques de l'exil et de la prévalence de la culture d'origine ou d'accueil. Elles sont toujours mises en tension dans un rapport de rivalité, de possible domination et d'écrasement de l'une ou de l'autre. Ces phénomènes de mise en tension et d'écrasement de systèmes référentiels linguistiques et symboliques inhérents aux processus d'exil et d'excentration du sujet sont souvent impliqués dans la genèse de troubles d'allure psycho traumatique.

Ainsi par exemple, lorsqu'il existe une communauté migratoire bien structurée et nombreuse, une forme de l'exil et de la migration reproduit à l'étranger des rites et des traditions du pays d'origine. Ceci est particulièrement marqué en Amérique du Nord, par exemple, avec des quartiers entiers tels *Little Italy* ou les *Chinatown*, ou Brooklyn, ce qui peut aboutir à des phénomènes de repli identitaire défensif avec déni d'une position d'exil et mise en « ghettos », comme une façon de ne pas véritablement vivre au lieu où l'on existe.

Parfois à l'inverse, il existe une réaction de rejet de sa culture d'origine et une tentative absolue d'assimilation. L'abandon de la langue maternelle, le changement de système éducatif, le désir de ressemblance à tout prix, font apparaître la force de ce souhait d'intégration, mais la survalorisation de la culture d'accueil au détriment de la culture d'origine peut aboutir à des phénomènes d'écrasement subjectif, où le sujet, mis en suspens, se trouve déréférencé par rapport au cadre culturel porteur des signifiants dont il aurait besoin pour se retrouver. Ceci engendre des symptômes d'allure psychotraumatiques.

Il est donc utile de comprendre les circonstances qui ont poussé à la migration et les déchirements familiaux ou les souffrances qui en ont été la conséquence. Ces déchirements peuvent se traduire par des fractures familiales avec des parents laissés dans un pays et des enfants dans un autre ; des séparations entre frères et sœurs ; des vies à cheval sur deux pays. Ces influences de l'exil se manifestent parfois dans le choix des prénoms : certains enfants portent le prénom du pays d'origine, d'autres ceux du pays d'accueil. Parfois, le second prénom traduit l'appartenance à une autre culture.

Diego, qui se fait parfois appeler « Didier », a fui le Portugal car, après une rixe dans une boîte de nuit, il avait donné plusieurs coups de couteau à un autre jeune, le laissant pratiquement mort. Dans la réalité des faits, Diego avait semble-t-il été insulté et menacé ; il parle d'une défense légitime. Heureusement, sa victime n'est pas décédée, mais Diego s'est longtemps caché et les membres de sa famille ignorent pour la plupart son histoire. Il vient consulter dans le cadre d'une consultation psychosomatique s'adressant à des maladies dermatologiques rebelles, comme le psoriasis dont il souffre. Certes, dans le premier entretien, il évoque sa maladie cutanée et le contexte de sa vie avec ses enfants. Si le thérapeute ne s'était pas intéressé à ses origines et n'avait pas fait preuve d'une capacité d'empathie suffisante pour entraîner une certaine confiance, jamais Diego n'aurait livré le secret de sa fuite du Portugal et de l'abandon d'une partie de sa famille restée près de Lisbonne.

Importance de l'inscription généalogique

Au travers de l'exploration des origines des parents et des grands-parents, peuvent naître des problématiques interculturelles ou des aspects identitaires importants. En s'intéressant à la généalogie des ascendants, des histoires familiales originales peuvent se dévoiler. Souvent, le poids de ces généalogies laisse apparaître des « fantômes actifs » qui représentent de véritables « visiteurs du moi » agissant dans

les dynamiques personnelles. On peut faciliter parfois l'expression de ces aspects imaginaires en interrogeant sur les thèmes des idéaux de la famille.

« À votre avis, qu'espéraient vos parents ou que rêvaient-ils en changeant de pays ? »

Gilbert est un réalisateur de films reconnu. Sa mère était une actrice de théâtre dont la famille bourguignonne garde des racines profondes. Son père lui a transmis le goût et les secrets de la mise en scène. Bien que portant le nom de sa mère, ne laissant en rien présager une origine étrangère, Gilbert raconte sa généalogie. Son père a fui la Russie vers l'âge de 15 ans pour échapper à l'antisémitisme ; il venait d'un petit village où il avait déjà suivi quelques cours d'art dramatique. Son père lui a transmis plusieurs valeurs : l'amour du travail, le sens du spectacle, mais aussi une forme de secret sur les origines. Gilbert a eu beaucoup de mal à évoquer non pas la figure paternelle mais le contexte de fuite de la Russie et le fait que son frère et sa sœur, ainsi que lui-même, portent le nom de leur mère pour favoriser une assimilation en France. Vers 50 ans, alors qu'il est un réalisateur reconnu et primé, Gilbert éprouve le besoin d'aller pour la première fois visiter ce petit village de Russie où est né son père. Il est en délicatesse avec l'image paternelle et notamment les mystères, les secrets, les aspects omis ou transformés. « C'est comme une inclusion dans une pierre précieuse... Elle en fait l'originalité mais elle en est aussi un défaut, une tare... »

En effectuant la généalogie de Gilbert, les dimensions identitaires sont mises à nu et des aspects spécifiques de sa problématique concernant notamment le lien avec les règles institutionnelles du ministère de la Culture peuvent être abordées.

Que mobilisent les situations transculturelles chez le thérapeute ? Vers une position « métaculturelle »

Rencontrer l'autre, a fortiori issu d'une autre culture, nous implique forcément, nous interpellant dans notre position subjective et désirante. Cette rencontre nous oblige à nous mettre au clair, autant que faire se peut, sur nous-même et notre position de « thérapeute occidental », sur notre histoire et notre propre inscription dans la généalogie et la filiation. Il serait faux de s'imaginer exempt de toute implication subjective dès lors qu'on accepte une relation et la singulière occurrence du transfert !

Il convient également, si on veut « accueillir l'étranger », d'accepter qu'il arrive à nous avec son « étrangeté », et de ne vouloir la réduire en aucune façon à du « connu », voire à de « l'intégrable » ou de « l'assimilable », autant de positions possibles dans une relation thérapeutique ; ceci oblitère alors toute possibilité d'entendre l'autre dans sa singularité. Il faut en effet bien accepter de « l'autre étranger » qu'il soit là et se présente à nous, thérapeutes « occidentaux » et ne pas chercher à le renvoyer du côté d'une « supposée culture d'origine », dotée par ailleurs de ses propres moyens psychothérapeutiques efficaces et non méprisables. Il s'agit de son choix quant au lieu de sa demande, il faut le respecter !

Il est important d'être le plus ouvert à l'autre dans sa différence. Le thérapeute a tout à fait le droit de manifester ses zones d'incompétence et de dire qu'il ne connaît pas certains usages ou certaines traditions. Il peut à tout moment se mettre dans une position d'élève ou d'apprenant. Le Pr Sami Ali a ainsi pu décrire, sous le terme d'« ethno-psychosomatique relationnelle », cette dimension attentive, réceptive et ouverte à l'écoute des subtilités et des origines d'un patient. Mais il est tout aussi important d'entendre que l'autre se présente aussi à nous avec sa différence, son irréductible étrangeté à laquelle il faut bien faire de la place, acceptant de ne pas la comprendre totalement, qu'elle reste hermétique jusqu'à un certain point aux systèmes de pensée et de classification traditionnels occidentaux. Ceci fait toujours de la rencontre une surprise, étrange, incompréhensible, parfois violente, et qu'il faut savoir supporter, mais qui est aussi en soi le ressort principal de toute possibilité psychothérapeutique.

Cette position d'accueil ouverte et attentive à l'autre dans son irréductible différence, ne cédant pas sur notre position de « thérapeute occidental » mais prête à une écoute attentive et respectueuse de l'autre, a été théorisée par Georges Devereux sous le nom de « position métaculturelle ».

CHAPITRE 18

Non-dits sur la sexualité en psychothérapie

On parle bien souvent de conjugopathie. Sous ce terme, on évoque des tensions, des conflits ou des séparations dans le couple. Dans bien des cas, ces difficultés conjugales comprennent des difficultés sexuelles peu ou pas abordées. En effet, dans bien des cas, après la phrase : « sur le plan sexuel, oh! vous savez, c'est le calme plat... », le thérapeute éprouve des difficultés pour mieux cerner le contenu de ces difficultés sexuelles.

Ne seront pas évoquée ici toute une série de causes organiques de difficultés sexuelles : le diabète, les atteintes vasculaires périphériques, la sclérose en plaques, la chirurgie de la prostate, les traumatismes rachidiens, les suites immédiates d'une hystérectomie. Ces anomalies doivent faire l'objet du même interrogatoire et s'inscrivent dans des défaillances pathologiques demandant des traitements spécifiques. Il existe de fait toute une série de résistances pour évoquer avec un patient la sexualité. Certaines résistances relèvent de l'absence de connaissances sur les problèmes sexuels, d'autres tiennent à la pudeur, à l'embarras, à la gêne. Dans bien des cas, des différences manifestes d'âge, de culture ou de contexte vont faire qu'une jeune thérapeute aura quelques réserves à interroger un patient plus âgé sur sa virilité et sur son fonctionnement sexuel. Ce déficit d'interrogatoire peut relever de la crainte de choquer ou bien de raviver des épisodes traumatiques. Il est déjà assez difficile pour une patiente d'évoquer une séquence où elle a pu être victime d'abus sexuels ou de viols ; souvent cet aveu apparaît pénible, soulève des émotions, s'effectue dans la gêne. Or, de cet événement traumatique découlent des difficultés de sexualité dont la personne a eu d'autant plus de mal à parler qu'elles relevaient d'un événement traumatique antérieur. De façon analogue, toute une série de médicaments cardiologiques ou psychotropes induisent des baisses ou des suppressions de la sexualité ; pour les antidépresseurs et les antipsychotiques, il peut arriver que cela devienne une gêne, un obstacle à leur prise régulière tant les patients ramènent à ces médicaments leurs difficultés en matière de relation sexuelle.

Cependant, à côté des difficultés d'une sexualité réelle, la sexualité peut se manifester de manière fantasmatique ou imaginaire dans un grand nombre de rêves ou d'imagerie visuelle suscités par des circonstances aussi différentes que des crises existentielles, des difficultés familiales ou des rencontres inopinées.

Qu'en est-il de la sexualité réelle ?

La fréquence des relations sexuelles, le lien entre activité sexuelle et santé psychologique, à l'inverse la fréquence des difficultés sexuelles lors des troubles anxieux ou de la dépression, sont des éléments invitant à poser quelques questions sur la sexualité. Au détour d'une évocation du couple ou bien en approfondissant les conséquences d'une plainte se pose la première question.

« Qu'en est-il du retentissement sur votre intimité ou sur vos relations sexuelles ? »

Les femmes mentionnent les difficultés de désir ou d'excitation sexuelle du fait de rapports trop brefs, dénués de préliminaires, de caresses, d'exploration du corps de leur partenaire, d'alternance de moments d'activité et de passivité. Dans bien des cas, le désir sexuel apparaît moins important que le désir d'émotions intimes assorties d'une certaine complicité provoquée par des caresses alternées accompagnées d'un dialogue. Vis-à-vis de cette baisse de plaisir ou de désir, il est parfois utile d'interroger sur l'image du corps, la capacité de montrer son corps à son partenaire, la possibilité de se dévêtir devant lui, le besoin d'obscurité ou la possibilité de lumière.

Certains rapports sont-ils désagréables ou douloureux ?

Les difficultés des rapports sexuels relèvent soit de douleurs lors des rapports, les dyspareunies, soit de spasmes involontaires des muscles entourant la partie externe du vagin, source d'un vaginisme. Ces problématiques relèvent parfois de causes infectieuses, peuvent être liées à des problèmes de cycles menstruels ou proviennent d'une difficulté de lubrification. Ces difficultés peuvent être primaires, ayant rendu toute pénétration impossible, ou peuvent être acquises, à la suite de perturbations dans la relation amoureuse, dans l'imaginaire ou dans le couple. Les difficultés d'orgasme peuvent être initiales chez plus de 5 % des femmes dans un contexte de mauvaise connaissance de leur corps, de leur sexualité ou prises dans des interdits moraux éducatifs. Plusieurs de ces difficultés d'orgasme s'améliorent par la réassurance

et par l'implication du partenaire, qu'elle soit obtenue directement en entretien ou indirectement par les conseils ou les propositions que lui transmet la patiente. Lorsque l'on rencontre une situation de difficultés sexuelles, il faut toujours interroger sur les aspects en négatif. Soigner le vaginisme d'une consultante sans prendre en considération l'attitude ou les difficultés de son mari – vivacité dans les rapports, éjaculation précoce, absence de paroles durant les relations sexuelles... – peut expliquer la durée du problème.

Difficultés masculines

Leur abord est parfois dominé par la gêne que suscite un questionnement sur la virilité ; le prétexte d'une fatigue, d'un surmenage professionnel ou d'un effet secondaire d'un traitement peut amener une question.

« Vos relations sexuelles sont-elles les mêmes qu'auparavant ? »

Ces difficultés consistent le plus souvent en des troubles de l'érection ou des difficultés d'éjaculation. Les troubles de l'érection, hormis les difficultés organiques, peuvent renvoyer à une baisse de désir, une lassitude envers la partenaire, des difficultés professionnelles, des difficultés psychiques.

Les troubles de l'éjaculation sont le plus souvent de l'ordre de l'éjaculation précoce. Dans la plupart des cas, cette éjaculation relève d'un niveau d'anxiété important, ou de situation d'inhibition et de tension réunies. L'inhibition relève d'interdits moraux ou éducatifs vis-à-vis de la sexualité ; la tension se manifeste par le désir de « bien faire », de satisfaire la partenaire, et aboutit à un contexte de stress sexuel. Un certain nombre d'autres problématiques, comme l'éjaculation retardée ou rétrograde, relève souvent de bilans plus poussés ou de consultations urologiques.

La mise en mots des difficultés de sexualité est vraiment essentielle. Le thérapeute doit rechercher les anomalies dans la sphère du désir, dans la sphère de l'excitation et dans celle concernant l'obtention d'un plaisir à la suite d'une relation sexuelle.

Nous sommes partis de difficultés de sexualité sur un plan très médical, en sachant que les patients sont souvent réservés, autant que leur médecin, pour aborder leurs difficultés de sexualité. Mais la plupart des patients souhaitent que leur thérapeute initie des questions dans ce domaine. Si l'on met bout à bout qu'un tiers des médecins estime être embarrassé ou manquer de connaissances dans le domaine et que plus de 40 % des patients estiment avoir du mal à trouver les mots ou être honteux d'aborder leurs difficultés, on comprend qu'il existe une sorte de collusion du silence vis-à-vis de la sexualité.

Sexualité fantasmatique

Dans la vie quotidienne, elle peut être exprimée par des remarques concernant la beauté, l'allure ou la séduction qui se dégage d'une femme ou d'un homme : « Voici vingt ans, j'avais 30 ans, d'un seul coup, j'ai connu une émotion, la plus forte de ma vie. Je sais maintenant qu'elle ne s'effacera jamais. C'était un dimanche matin du mois de décembre, un je-ne-sais-quoi a troublé mon être dès que je l'ai vu. Ce jeune homme, je ne le connaissais pas, je ne l'avais jamais vu, il n'est jamais devenu le compagnon de ma vie. Nous nous sommes simplement croisés plusieurs fois en quelques jours, je n'ai jamais osé lui parler... Il est resté la marque de ma vie et souvent je reviens seule à l'endroit où je l'ai vu la première fois... Je ne vis nullement enfermée dans ce passé, mon mari n'en sait absolument rien, ce coup de foudre durera ma vie entière... ».

Dans cette expérience intime, extraordinairement profonde, source d'émotion intense, se joue également un secret vis-à-vis du mari. Se pose donc la question du fantasme d'une autre vie relationnelle ou amoureuse.



« Vous arrive-t-il d'avoir des rêves faisant allusion à la sexualité ? »

La sexualité fantasmatique peut se manifester au travers de rêves, à connotation sexuelle.

Françoise vient consulter pour des difficultés avec son compagnon ; elle a eu le désir à une ou deux reprises de le quitter. Françoise est dynamique, entreprenante, active ; elle trouve son compagnon négligent et paresseux. Cependant, Françoise présente une discrète surcharge pondérale, liée à des moments de grignotage, voire de boulimie. Elle n'évoque pas spontanément les questions de sexualité, si ce n'est pour reconnaître que son désir s'est beaucoup refroidi et que parfois elle a le sentiment qu'« elle est obligée de passer à la casserole ». Lors d'un déplacement professionnel, elle rencontre un collègue. Elle relate le rêve suivant : « Je me promène, main dans la main avec un homme ; ce n'est pas mon compagnon, je ne reconnais pas son visage. Nous entrons par effraction dans une propriété privée, il existe des champignons sur le sol, ils sont de taille variable, certains sont bourgeonnants, tuméfiés ; je cueille ces champignons, nous en avons un plein panier tous les deux ; nous sommes contents. ». Françoise fait assez facilement le lien entre la promenade avec un ami inconnu et le collègue. Elle accepte l'idée qu'entrer dans cette propriété privée est une forme de transgression et spontanément, elle parle de ces champignons comme en faisant une relation avec la sexualité. Dans bien des cas, la connotation sexuelle du rêve peut être reliée soit à des attributs évoquant la sexualité, soit à des phases d'excitation progressive ou de tension, soit à des réveils à une phase du rêve, où l'on perçoit qu'un interdit pourrait être franchi.

Rêves érotiques

Les garçons connaissent souvent un rêve de plaisir ou de relation sexuelle aboutissant à la « carte de géographie » matinale. Parfois, les femmes évoquent l'existence de rêves érotiques sans entrer dans le détail du rêve. Il est souvent plus facile d'évoquer des rêves qui semblent neutres, bizarres, qu'un rêve ayant une thématique franchement érotique.

Julie est commerciale dans un magasin. Elle évoque le rêve suivant : « Il s'agit d'une vieille maison, au bord de l'eau, avec une mer très agitée. Je la fais visiter pour un acheteur, parfois il est dans une autre pièce, parfois, il est tout près de moi. Dans une grande chambre, l'acheteur sort un mètre en rouleau, il le déplie, il prend des mesures, il m'interroge pour savoir ce que j'en pense. Puis le rêve change, il y a une tempête, nous sommes dans l'eau à côté de la maison avec l'acheteur, je suis submergée par les vagues... ». Ce rêve paraît d'autant plus idiot à Julie qu'il ne s'exerce pas dans son métier, qu'elle n'a aucun compagnon et qu'elle ne voit

aucun sens entre être dans la maison et être dans les vagues. Cependant la connotation érotique de ce rêve apparaît d'autant plus évidente qu'il s'inscrit dans la visite d'un lieu nouveau en compagnie d'un homme, ce dernier dépliant un attribut masculin.

Quelques questions initiales en matière de sexualité

L'autorisation d'aborder le thème

Lorsqu'au détour de commentaires sur l'espacement des relations de couple, ou bien lorsque de façon spontanée on a abordé la question de la vie sexuelle, il est souvent prudent et légitime de demander l'autorisation d'aborder cette thématique de la sexualité. La question relève simplement de savoir si l'interlocuteur est disposé à approfondir quelques aspects dans ce domaine.

Avance éventuelle de la parole

On l'a vu, il s'agit d'un thème qui souvent gêne ou embarrasse les patients. Il est dès lors utile de faciliter leur expression : « Il arrive que dans ces circonstances il y ait une diminution des rapports intimes ou des difficultés sexuelles ; est-ce que c'est le cas pour vous ? ». Cette facilitation de l'échange peut permettre à certains patients de commencer à aborder leurs difficultés.

Définition plus précise du problème

Toujours dans ce processus de tenter de faciliter l'approche des difficultés, il peut être utile d'interroger la personne sur l'existence de difficultés de désir, d'excitation ou de plaisir. Souvent, il existe un mélange de ces difficultés mais en amenant une réflexion sur ces trois éléments, les patients installent un temps imaginaire. De façon analogue, une avance de parole peut leur être faite sur la question de l'érection ou sur l'existence de douleurs lors de la pénétration.

« Comment comprenez-vous votre problème ou vos difficultés ? »

Cette question ouvre directement sur des aspects contextuels ou relationnels. Au niveau du contexte, certains patients pourront exprimer que l'existence de soucis, des difficultés professionnelles, des modifications de contexte familial ont eu une influence sur leur vie sexuelle. Il en va de même des aspects relationnels dans le couple.

Jacques décrit son épouse Élisabeth comme « une femme exceptionnellement belle, un vrai mannequin ; j'en étais éperdument amoureux. Mais depuis quelques années, Élisabeth se laisse aller. Elle fume beaucoup, elle a grossi, elle me semble moins désirable. Dès lors, j'ai beaucoup moins envie d'elle et j'ai du mal à avoir une érection. ». Or son épouse l'impressionne et à aucun moment il n'a osé lui faire une remarque sur son apparence et son devenir.

Le domaine de la sexualité est suffisamment intime et expose à beaucoup d'incertitudes, de fragilité pour que le thérapeute s'efforce de rassurer au mieux le patient, tente de l'accompagner le plus humainement possible dans ces difficultés. Si tant de périodiques féminins et masculins font paraître des articles sur les premières relations sexuelles, la fidélité, la stabilité dans le couple, la perte du désir, ceci montre l'importance de ces thématiques au regard du questionnement des patients.

Conclusion

Il n'est parfois pas judicieux d'aborder ces aspects au cours des tout premiers entretiens. Cela peut sembler d'autant plus incongru que l'on ne connaît pas bien différentes facettes de la personnalité du patient. Cependant, au décours d'un commentaire sur les conditions éducatives parentales, sur les informations d'éducation sexuelle que l'on a pu avoir avant les premières relations, sur les modifications de l'intimité dans le couple ou sur les causes d'une séparation, vont pouvoir être abordées les dimensions et les non-dits de la sexualité.

CHAPITRE 19

Comment un entretien oriente-t-il vers un type ou un autre de prise en charge ?

Il y a assez peu de recommandations sur cette question. En effet, les psychothérapeutes très spécialisés dans une technique vont tenter de cerner si elle s'applique à un patient. Ils évalueront des indications et des limites, voire des problèmes à venir. Mais la situation clinique que l'on approfondit ici peut concerner un psychothérapeute moins spécialisé ou débutant ; elle peut également se poser pour tout professionnel de santé devant la demande spécifique d'un patient.

Dans le cadre d'une école de pensée, un modèle de psychothérapie est appliqué et la situation clinique fait l'objet d'un filtrage et d'une lecture compatible avec le modèle. Cependant, il existe des contextes pour lesquels le modèle – n'ayant pas été conçu pour cette situation – ne peut s'appliquer. On peut donner l'exemple du modèle de la névrose devant des affections psychosomatiques. Ce modèle cherche à se rapprocher de l'hystérie alors que la maladie organique est bien présente. À l'inverse, le modèle de l'éclectisme pragmatique propose pour un patient donné de recourir à la technique qui paraît le plus adéquate pour ses symptômes et sa demande. L'éclectisme pragmatique cherche le meilleur traitement pour un patient donné. Cela semble séduisant. Cependant, une critique lui est souvent adressée : trop flou, il représente un empilement de techniques, on note une absence de stratégie d'articulation entre une technique et une autre. En effet, qu'est-ce qui décide de passer d'une psychothérapie cognitive à une psychothérapie d'inspiration analytique et en fonction de quoi – ceci reste bien mystérieux... On comprend que les modèles théoriques dictent la manière d'écouter un patient ; l'aspect réflexif de se dire : « est-ce qu'une autre technique serait plus utile et pourquoi ? » représente une attitude et une posture difficile à adopter. On peut évoquer aussi les deux situations suivantes : un patient qui choisit un psychothérapeute en fonction de son école ou un psychothérapeute idéologue du soin défendant la stricte orthodoxie de son école.

Dans la perspective de la construction d'un travail psychothérapeutique qui nous occupe, on se situera dans la situation d'une demande initiale ou d'une situation à problème, amenée de façon générale à un praticien n'appartenant pas à une école psychothérapeutique définie. Dans ce contexte, on parle généralement de « facteurs communs non spécifiques des psychothérapies ». Ils comprennent l'attente du patient, sa demande, l'alliance thérapeutique, l'apaisement par l'écoute. Au-delà de ces aspects très généraux, la question se pose sur l'ajustement du thérapeute à la problématique du patient. Une autre manière de poser simplement ce problème revient à s'interroger sur les éléments suivants : pourquoi un patient livre son problème, de cette façon, maintenant et à moi ?

En reprenant ces différents points, dans l'interaction entre le patient et le thérapeute peuvent surgir des orientations sur une indication ou une autre de psychothérapie.

À l'écoute des éléments livrés par le patient

On considère classiquement que l'on s'attache à écouter soit la forme, soit la fonction des symptômes. Ces éléments ne sont pas superposables et méritent d'être délimités.

La **forme** des symptômes relève de la sémiologie. Il peut s'agir d'anxiété, de tristesse, de repli, d'inhibition, d'idées délirantes. Écouter la forme des symptômes revient à se situer dans une perspective d'établissement d'un diagnostic à situer dans une nosographie. Il est évident qu'une tristesse, un ralentissement, une absence de plaisir, une insomnie, un amaigrissement orienteront inmanquablement l'établissement du diagnostic vers un syndrome dépressif. On a beaucoup reproché à cette approche nosographique d'être anti-psychothérapeutique. Cependant, avoir un cadre de diagnostic permettant de définir une schizophrénie, une maladie bipolaire, un trouble anxieux oriente un patient dans des dimensions de durée, de continuité des soins et de séquences thérapeutiques qu'il faut connaître.

L'écoute de la **fonction** du symptôme peut elle-même se faire à deux niveaux. Un premier, tout simple, d'explication immédiate : l'anxiété à l'approche d'un examen, la tristesse à la suite d'une déception, le repli par peur d'affronter une situation difficile. Ce premier registre explicatif demeure indispensable. Il possède une valeur anthropologique, la manière dont un patient explique, vu par ses yeux, l'origine de son symptôme. Le terme de dépression réactionnelle illustre parfaitement ce contexte. L'origine de la dépression nous est expliquée par un événement de vie difficile. Un deuxième niveau explicatif peut faire intervenir des pensées répétitives focalisées autour d'une thématique : « Je n'y arriverai jamais, je ne suis pas à la hauteur, je me révèle souvent incapable » ; une autre approche explicative de la fonction des symptômes inscrit

ces derniers dans l'histoire personnelle du sujet : idées négatives du fait d'une dévalorisation induite par les parents, sentiment général de culpabilité dû à une faute, difficultés à entrevoir des aspects positifs en soi ou dans l'existence par insuffisance d'assise de la personnalité.

Une souffrance générale ou une manière d'être peuvent définir la demande du patient. Certains se plaindront d'un sentiment général d'ennui dans l'existence. D'autres évoqueront une difficulté à prendre des décisions. D'autres, enfin, mentionneront leur peu de capacités à éprouver du plaisir. Là aussi, selon l'orientation de celui qui écoute, les uns évoqueront un trouble de la personnalité, les autres feront état du repérage entre des éléments préconscients et des éléments inconscients. La fluidité entre des aspects surmoïques d'exigence et de rigidité et le fonctionnement quotidien du moi du sujet seront mentionnés.

La manière de présenter ces difficultés

Ceci invite à se poser la question : pourquoi un patient présente-t-il ces problèmes de cette façon ? Pour schématiser, de façon un peu caricaturale, nous distinguerons trois types de fonctionnement et de manière de présenter ces difficultés.

Symptômes et situations « problèmes »

Il s'agit souvent d'une demande focalisée : la peur de parler en public, des angoisses ou des situations vertigineuses lors d'une conduite automobile, la crainte des araignées. Il arrive que les patients soient prolixes et donnent énormément de détails sur une situation à problèmes, son origine, ses conséquences, la gêne qu'ils en ressentent. Ils ont réduit leur problématique à un aspect spécifique. Ils souhaitent une réduction de leurs symptômes et une compréhension assez claire du pourquoi de leur origine. Certains patients vont exprimer qu'ils souhaitent être débarrassés d'une attaque de panique, d'une phobie ou de phénomènes obsédants. Lorsqu'il existe une délimitation assez précise d'un problème et que des conditions d'amélioration rapide, d'un bénéfice à court terme, sont posées, il est légitime de proposer une thérapie cognitive. Ces thérapies s'échelonnent entre 6 mois et un an. Elles proposent des repères simples et directs. Par exemple, la méditation de pleine conscience oppose de ne faire et de ne penser qu'à une seule chose à la fois, d'être entièrement attentif à ce que l'on fait, de ramener son esprit à l'activité en cours lorsqu'ils s'en détournent. Cet exercice de ramener toute son attention à l'activité que l'on mène demande d'être répété des centaines de fois. Ainsi, certains patients orientent leur problématique vers une description d'une série de difficultés et un souhait d'une approche focalisée sur ces difficultés les amenant à les résoudre en partie ou en totalité.

Vision métaphorique et non-dits

Dans le discours de certains patients, il existe une capacité de suggestion, l'induction d'images ou d'associations chez celui qui écoute. Ces patients possèdent le don de faire naître une histoire ou un scénario, de le suggérer, d'instaurer les ressorts d'un film ou d'une pièce de théâtre. Ils ont l'art de la métaphore et stimulent l'imaginaire.

Françoise présente d'emblée son problème comme une sorte de malédiction familiale. Un de ses frères est handicapé. Un autre de ses frères a dans le passé abusé sexuellement de sa sœur. Cette dernière n'a jamais rien dit. Mais lorsque ce même frère va se livrer à des attouchements sexuels sur une de ses nièces, cette dernière va en parler et faire voler en éclats une sorte d'omerta familiale. Françoise va d'emblée poser sa souffrance par rapport au silence que souhaitait leur mère sur l'attitude de ce fils. Elle-même fait des liens en terme de préférence d'enfants et s'interroge sur le système éducatif. Ainsi, dans la fluidité du propos, l'existence de début d'explications, des mouvements entre l'histoire personnelle, l'histoire parentale, Françoise amène tout de suite chez son thérapeute des interrogations autour de sa situation oedipienne vis-à-vis de sa mère, ainsi que la question de la rivalité fraternelle.

Lorsque les patients évoquent avec un pénétrant regard sur eux-mêmes des dimensions d'agressivité ou d'inhibition, que dans leur propos ils prennent une certaine distance (disant par exemple « certes on pourrait penser ainsi ou on pourrait le voir de cette façon, mais on peut le voir également aussi différemment »), ceci peut orienter vers une psychothérapie dynamique. Cette forme de présentation invite d'autant plus à une approche dynamique que le patient peut librement s'exprimer sans qu'on le sollicite ou qu'on l'interroge. L'écoute du thérapeute s'adapte ainsi à des contextes très variés, des investissements affectifs ou sentimentaux fluctuants. Des dimensions comme l'activité, la passivité, le besoin de régression apparaissent en filigrane de ces entretiens.

Le banal et le concret

Certaines demandes sont posées sans que l'on repère dans les propos du patient des mouvements de l'imaginaire, des dimensions de subjectivité, une simple interrogation sur soi-même et sur son fonctionnement. La demande fait état d'une série de faits aboutissant à un mal-être, sans la moindre analyse ou l'implication de soi. Ces sujets ne voient même pas l'intérêt de parler de leurs difficultés ou ne comprennent tout simplement pas le rôle d'une psychothérapie. Ces patients semblent conformes, noyés dans la réalité, dénués de tout regard intérieur. Pour ces derniers, il apparaît parfois utile de les interroger sur des rêves, des fantasmes, des rêveries, à la façon d'un coup de sonde que l'on

enverrait pour savoir si une évolution peut être obtenue. On a tendance à orienter ces patients vers des psychothérapies de soutien, où peuvent dominer des aspects d'explication, une bonne interactivité et une dimension pédagogique manifeste.

Actualité des problèmes d'une personne et psychothérapie

Ceci répond à la question : « pourquoi maintenant ? » Plusieurs réponses se rencontrent.

- Parfois, il s'agit d'événements récents, aigus, douloureux. Un deuil, un accident, un conflit professionnel amènent à des situations de crise. La crise est représentée par l'impossibilité qu'a le patient de gérer ses émotions et ses pensées. Il existe un phénomène de débordement. Celui-ci par la souffrance qu'il amène justifie le besoin de consulter. Ceci a été abordé dans le chapitre crise.
- Dans d'autres cas, entre la proposition d'une psychothérapie et le moment où elle se réalise intervient un long cheminement. Celui-ci représente un dialogue entre le désir du changement et les résistances à ce dernier. Le patient exprime qu'il pensait s'en sortir tout seul. Il avait une bonne perception de ses problèmes. Il n'osait pas se confier à quelqu'un d'autre. Il ne souhaitait pas passer pour un fou ou un malade mental. Ce cheminement sera arrêté par un nouveau phénomène identique ou simplement la perception que l'on piétine ou que l'on recommence inlassablement avec les mêmes schémas. Il n'est pas rare dans cette phase de cheminement, lorsque le patient a simplement accepté l'idée de faire une psychothérapie, qu'il commence à aller mieux, dans un gain de souplesse psychique.
- Enfin, le patient peut être venu sur l'intervention d'un tiers. Un conjoint, un ami ou un parent, au travers d'une remarque ou d'une réflexion, fait naître le déclic qui engage un sujet dans un cheminement psychothérapeutique. Lorsque l'on réfléchit avec un patient durant quelques minutes au « pourquoi maintenant » il arrive que l'on approche différents moments similaires dans sa trajectoire ou une demande de soins a été effectuée. Cette répétition doit être approfondie. Selon l'expression de Freud « le lion ne bondit qu'une fois », il existe des moments critiques où il est important de nouer une alliance thérapeutique, faute de quoi le patient risque de se décourager et de renoncer à son projet de changement. D'où la nécessité de comprendre l'importance du moment et d'évoquer avec le patient les difficultés qu'il a pu avoir pour arriver jusqu'au thérapeute. Ces patients qui ont eu beaucoup de difficultés à franchir le pas doivent être soutenus dans leur démarche psychique en n'étant pas inquiétés par des silences trop prononcés ou des attitudes dont la distance est trop importante.

En quoi suis-je le bon interlocuteur ?

« Je vous ai choisi parce que votre nom a une consonance espagnole », « on m'a dit que vous ne donniez pas trop de médicaments », « je souhaitais un thérapeute expérimenté », « je préférerais un thérapeute plus jeune », « vous m'avez été conseillé par tel collègue »... Lorsque l'on n'est pas le seul thérapeute (d'une petite ville ou d'une région pauvrement dotée), il faut se poser la question de pourquoi on vient vous voir. Dans la période d'attente qui sépare le moment où un patient a pris rendez-vous et celui où il vous rencontre, il s'est imaginé bien des choses. Ses attentes méritent d'être explorées. Certains espèrent-ils une résolution miraculeuse, magique en un mot, de leurs difficultés ? D'autres ont-ils simplement besoin d'un soutien, d'un confident, d'un autre eux-mêmes leur ouvrant des pistes de réflexion ? Parfois, la similitude des sexes est demandée. Parfois c'est justement un thérapeute d'un autre sexe qui est souhaité. Il est des patients avec lesquels on s'identifie rapidement. Leur processus de pensée et de réflexion s'avère proche du nôtre, leur milieu et les circonstances qu'ils ont rencontrés nous sont familiers. Dans d'autres cas, les histoires familiales ont des points de similitude entre le thérapeute et eux : exil, exode, appartenance religieuse ou racines géographiques communes. Ainsi, certains psychothérapeutes ont-ils des capacités particulières à comprendre des contextes spécifiques : patients arméniens, d'Europe centrale, du Maghreb.

Robert est un psychiatre qui a gardé de son enfance et adolescence, passées au Maroc, la capacité de parler l'arabe, l'espagnol, le français. Il sait établir rapidement avec des personnes du Maghreb un lien d'empathie, de compréhension qui explique qu'il ait été souvent choisi comme thérapeute par des personnes originaires d'Afrique du Nord. Robert peut changer de langue, évoquer des points communs au travers d'un souvenir. Il sait exprimer une luminosité, une effluve, une atmosphère.

Le thérapeute peut utilement s'interroger sur ses zones aveugles. On peut entendre par là un questionnement sur ce que l'on a du mal à repérer, des réactions thérapeutiques d'impatience ou d'incompréhension dont on sait que l'on est coutumier. Mais aussi, une question simple comme « qu'est-ce que je n'ai pas su voir chez ce patient ? » ou « y a-t-il des aspects auxquels je n'ai pas pensé ? ».

La réflexion autour de ses zones aveugles amène souvent à des gains thérapeutiques, ne serait-ce qu'au travers des interrogations que cela suscite : n'ai-je pas parlé trop vite, n'ai-je pas fourni une explication trop rapidement, ne suis-je pas resté trop silencieux ?

Il existe parfois des situations de communication « à vannes ouvertes » dans lesquelles on s'étonne qu'un patient arrive avec une

problématique qui fasse à ce point écho avec la problématique du thérapeute. Cette sorte de coïncidence, de simultanéité, ne reçoit pas d'explication logique mais attire l'attention.

Quelques autres pistes d'orientation

Une psychothérapie de couple peut être proposée lorsqu'il apparaît très clairement une problématique orientée autour de la communication, du comportement ou de difficultés relationnelles à l'intérieur d'un couple. Des plaintes autour de la communication, de colères multiples, d'un silence entre les partenaires, peuvent orienter vers une thérapie conjugale au même titre que des allusions sur des difficultés de sexualité.

Conclusion

Si certains patients interrogent sur un choix de thérapie, cette interrogation n'est pas neutre. Elle est le fruit d'une recherche initiale ou d'une consultation de sites Internet ou d'ouvrages de vulgarisation. L'orientation vers un type ou un autre de psychothérapie peut découler de cette demande. Il faut pouvoir expliquer assez simplement les tenants et les aboutissants d'une psychothérapie spécifique à un patient et partager avec lui quelques questions sur des objectifs de soin, des souhaits de durée et de temporalité, le niveau de réflexion escompté. Ceci est évoqué dans le chapitre « Abécédaire de la psychothérapie ». Certains patients relèvent d'un soutien guidé par un emprunt à une technique d'essence cognitive ou interprétative. Pour d'autres, il existe un cheminement allant du soutien vers une thérapie cognitive puis d'inspiration psychanalytique. D'autres cherchent une solution à un problème spécifique et ne souhaitent pas aller au-delà de l'aspect ponctuel. Le choix reste souvent guidé par le thérapeute dans son évaluation entre les capacités du patient, la nature des plaintes et le fonctionnement psychique du sujet.

CHAPITRE 20

Quand et comment « passer la main » lors d'une psychothérapie ?

Il existe des moments où le psychothérapeute a besoin d'aide, de conseils, de ne pas limiter la relation de soins à deux protagonistes. Que l'on soit en début ou en cours de psychothérapie, se pose la nécessité d'introduire un tiers, de demander un conseil ou de confier un patient à un thérapeute plus spécialisé ou plus chevronné. Le fait de passer la main s'avère extrêmement facile lorsque l'on connaît peu le patient, quand on l'a vu pour une seule ou deux consultations. Par ailleurs, la souffrance ou les difficultés qu'il manifeste peuvent se situer d'emblée hors du champ de compétence et amener à lui proposer une orientation plus adaptée. Il arrive aussi que ce soit le patient qui initie son changement de thérapeute en exprimant de nouvelles attentes. Il est bien sûr évident que des conditions matérielles de mutation, de déménagement, définissent des circonstances où l'on peut être amené à changer le système relationnel.

Cependant, que ce soit des raisons liées au patient, au thérapeute ou à leur interaction, ce changement de prise en charge s'avère parfois difficile.

Difficultés pour « passer la main »

L'attachement entre un patient et son thérapeute est une réalité. Entamer une psychothérapie représente une aventure ; une fois que l'on est lancé, les changements ne sont pas si faciles. Cet attachement a pu se construire au fil des différents entretiens, il représente une manifestation du transfert, il est d'autant plus intense que le thérapeute est investi. Lorsque la psychothérapie est menée par un médecin de famille, le lien peut être ancien, forgé par des consultations médicales antérieures. Il peut alors être utile ou de modifier le cadre des entretiens ou d'en discuter avec le patient. Ce changement de cadre peut se réaliser en consultant un jour spécifique, différent des autres jours, ou en accordant une durée plus

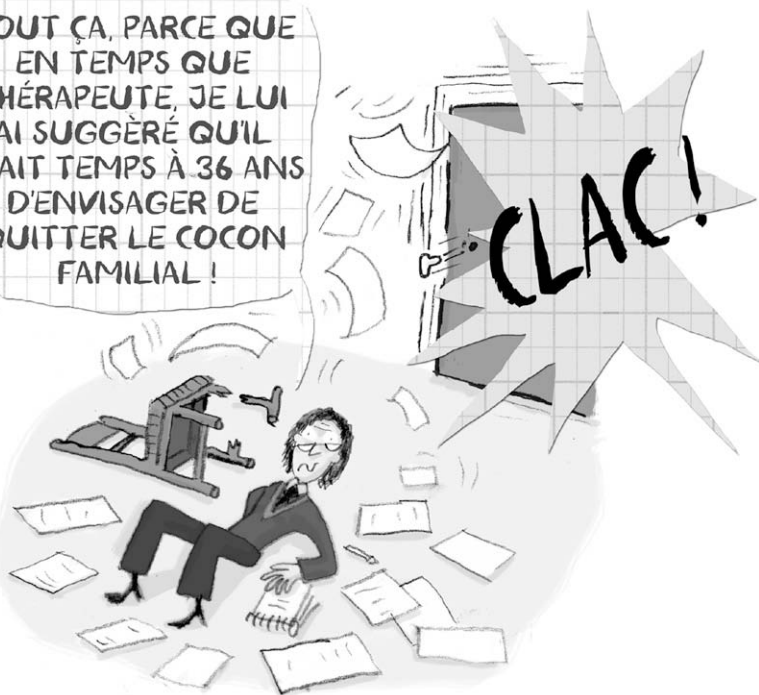
importante aux entretiens. Ce changement de thérapeute peut nécessiter deux ou trois consultations de préparation pour définir l'objectif du changement, les modalités de ce changement, sa réalisation.

Le thérapeute peut avoir ses propres résistances pour passer la main. Parfois, de façon inconsciente, il a lui-même des difficultés de séparation avec son patient. D'autres fois il se demande ce qu'un autre thérapeute fera de plus. Il est enfermé dans certains filets relationnels : le patient a pu lui donner l'illusion qu'il était le seul thérapeute efficace ou actif, comme dans les premiers temps du lien avec des pathologies hystériques. Ces dernières gratifient souvent au début leur thérapeute quitte à instaurer un mouvement inverse plus tard dans la prise en charge.

Les réticences du patient au changement s'avèrent plus simples à explorer. Pour certaines structures phobiques, tout nouveau thérapeute représente une inquiétude, les changements paraissent très difficiles. D'autres patients ont fait de leur médecin un objet un peu magique et ne souhaitent pas l'abandonner. Il arrive enfin que certains sujets aient le sentiment de bien maîtriser la relation avec leur médecin et redoutent de perdre ce pouvoir de maîtrise en changeant de thérapeute.

Il existe un autre type de difficulté, tenant au principe de réalité sur l'absence de plage horaire de consultation disponible, ou l'éloignement des thérapeutes formés, ou la distance des rendez-vous. Dans ces cas,

**TOUT ÇA, PARCE QUE
EN TEMPS QUE
THÉRAPEUTE, JE LUI
AI SUGGÉRÉ QU'IL
ÉTAIT TEMPS À 36 ANS
D'ENVISAGER DE
QUITTER LE COCON
FAMILIAL !**



les difficultés sont d'ordre matériel et doivent être anticipées assez longtemps à l'avance. Ainsi, en dehors des grands centres urbains ou des villes universitaires, obtenir un rendez-vous peut demander plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Quelques circonstances où l'on doit passer la main

Il arrive que le patient demande lui-même ce changement. Il peut souhaiter approfondir sa psychothérapie, soit pour la rendre plus technique en travaillant un mécanisme de défense ou un autre, soit pour lui donner un cours plus analytique et s'interroger sur ses mouvements de pensée, instaurer des modifications dans ses buts de vie. Parfois, l'accordage entre patient et thérapeute s'effectue de façon disharmonieuse : le patient a le sentiment que son thérapeute demeure trop silencieux, l'écoute insuffisamment, reste à la surface des problèmes, semble trop froid, manifeste des propos déplacés, se laisse toujours déranger par le téléphone...

Aggravation clinique

L'aggravation clinique représente la modalité la plus fréquente d'indication pour passer la main. L'aggravation des symptômes prend un tour inquiétant dans trois circonstances :

- lorsque des menaces suicidaires sont exprimées, elles peuvent amener à une indication d'hospitalisation, justifier une prise en charge dans un centre de crise, pousser à rapprocher les consultations ou à créer un réseau de soutien relationnel. Clairement exprimée, la menace suicidaire représente l'indication d'une hospitalisation ;
- la multiplication de conduites d'alcoolisation ou de prises de toxiques peut être perçue comme un équivalent suicidaire. Il s'agit d'une modalité défensive de l'individu, qui trouve dans la répétition de ce comportement à la fois l'apaisement lié aux toxiques et le court-circuitage de l'élaboration de ses difficultés. Mais la prise de toxique dilue l'efficacité d'une psychothérapie. D'une séance sur l'autre, le patient oublie, efface ses propos ; le travail ressemble alors à l'action de la vague sur le sable ;
- il peut arriver une émergence interprétative avec de la méfiance, des questionnements aux frontières de la réalité, des relâchements d'association d'idées, des flous dans les propos et dans le raisonnement. Dans ce contexte, des idées délirantes ou des questionnements persécutoires peuvent surgir.

Il va sans dire que les aggravations peuvent toucher tous les aspects symptomatiques, l'anxiété, les troubles du comportement alimentaire, la tristesse...

Émergence de pathologies dans la relation

Tout d'abord, le thérapeute peut devenir persécuteur : le patient vit ses propositions de changement ou ses prescriptions comme une intrusion ou comme une menace, cela continue la méfiance citée plus haut. Le thérapeute sent que le climat des entretiens laisse entrevoir une forme d'hostilité, de la réticence. Dans de rares cas, liés à des pathologies franchement psychotiques, le thérapeute peut faire l'objet de menaces, voire d'agression. Ces agressions peuvent être indirectes ou directes. Tel patient s'étant vu refuser l'acceptation d'un transport en ambulance s'empare du dossier du thérapeute, le déchire, menace le thérapeute et part en claquant la porte.

Une autre modalité s'exprime dans la naissance d'un sentiment amoureux. Dans des périodes de fragilité affective, à la suite de séparation ou de divorce, des patients élaborent une fantasmatisation sentimentale sur leur thérapeute. Il arrive pour des raisons similaires, que le thérapeute puisse donner l'impression qu'il fait des avances ou qu'il est réceptif aux charmes d'une patiente. Ces périodes peuvent être transitoires et platoniques, ou devenir plus durables, et poser la question de leur aménagement. La forme délirante de ce type de lien amoureux est représentée par l'érotomanie.

Une patiente vient de se faire opérer par un chirurgien plasticien, elle lui exprime ses difficultés financières, il accepte de réduire fortement ses honoraires pour ne pas majorer ses problèmes. Elle vit cette proposition comme un cadeau spécifique et un aveu d'un sentiment caché de ce chirurgien. Elle le remercie par des courriers, des petits cadeaux, puis elle essaie de rentrer en contact hors du champ professionnel avec lui, arrivant à l'inonder de coups de téléphone et de courriers. Elle lui avoue son absolue conviction d'être aimée par lui.

Lorsque ces sentiments amoureux sont exprimés, il convient de n'être ni ambigu ni brutal. L'ambiguïté consisterait à laisser planer un doute sur la réciprocité ; ce doute joue toujours en défaveur du thérapeute. La brutalité s'exprime dans le souhait d'une rupture totale et absolue ; elle peut être considérée comme une blessure, voire comme une agression. Les modalités de détachement doivent être pensées pour s'exercer progressivement, parfois avec un tiers.

Une autre modification relationnelle apparaît quand les entretiens tournent en rond, deviennent des conversations de salon de thé ou lorsque le thérapeute perçoit que son rôle n'est guère différent de celui d'un ami ou d'un confident. Soit il arrive à réintroduire une notion réflexive permettant un changement, soit ceci persiste sur plusieurs séances ; l'idée de passer la main s'imposera alors.

Émergence de nouvelles pathologies

L'émergence de nouvelles pathologies, notamment l'apparition de troubles de la personnalité qui ne s'étaient pas manifestés auparavant, représente une circonstance où un changement de thérapeute peut être nécessaire. Les premières consultations ont pu être dictées par un trouble anxieux, une dépression, une addiction. Mais secondairement se dévoilent des troubles plus graves de la personnalité avec des mécanismes de défense archaïques pouvant associer le clivage, la projection, l'interprétation, le déni. Ces mécanismes vont sévèrement influencer une prise en charge psychothérapeutique et vont justifier d'un thérapeute plus expérimenté. Il existe en effet des thérapies spécifiques des troubles de la personnalité, comme les thérapies dialectiques ou la thérapie de Lynehan ; cette dernière concerne les troubles à type d'état limite de la personnalité.

Différentes façons de passer la main, le comment

Discussion ouverte sur le bilan de la thérapie

De temps en temps, certains patients souhaitent une mise au point sur l'évolution de leur thérapie. Cette mise au point s'avère fondamentalement utile. Elle permet de reprendre quelques thèmes abordés en psychothérapie ou quelques difficultés pour lesquelles un approfondissement a été effectué. Cette discussion a l'avantage de donner au patient une vision synthétique sur les objets de sa prise en charge. Elle permet de différencier un soutien qui serait une simple conversation d'une prise en charge focalisée. Lors de cette mise au point, il est opportun d'ouvrir un espace de dialogue sur les souhaits du patient, sur les modifications qu'il souhaiterait voir instaurer et donc, sur des aménagements qui peuvent justifier l'introduction d'un nouveau thérapeute.

Certains patients sont difficiles à porter seul

Ce portage définit des entretiens où les plaintes sont massives, où le thérapeute ressent un sentiment d'insuffisance, d'inutilité, d'épuisement. Dans ce contexte, l'indication d'un co-thérapeute est parfois la bienvenue. Ce co-thérapeute peut être présenté comme un thérapeute qui va gérer des aspects médicamenteux, les aspects de couple ou une prise en charge plus somatique et corporelle. L'introduction d'un co-thérapeute doit être tout sauf le désengagement massif ou l'abandon. Une large aire de transition va se mettre en place, permettant de garder pour plusieurs semaines ou plusieurs mois, un dispositif à deux thérapeutes. Un élément plus souvent souhaité que

réalisé concerne la concertation. Les deux thérapeutes doivent pouvoir échanger afin de poser leur champ respectif d'intervention, les limites de l'un ou de l'autre et pouvoir instaurer une stratégie commune.

Cessation progressive des entretiens

Cette cessation débute par un espacement. Entre deux entretiens, le temps va en augmentant. Il peut s'accompagner de la mise en place d'un lien symbolique. Ce lien utilisera les courriels, les courriers où des nouvelles seront données de manière intermittente. Le lien symbolique nécessite toujours une réponse. Cette réponse montre la présence de la personne dans les pensées.

Arrêt définitif

L'arrêt définitif peut être abrupt en cas de déménagement, de changement de ville ou de pays. On sait qu'un patient a effectué un travail de bonne qualité avec un thérapeute antérieur quand il peut exprimer les aspects ou les domaines dans lesquels il pense avoir progressé. L'arrêt définitif peut intervenir lorsque les protagonistes estiment qu'ils ont fait ensemble un travail suffisant et que pour une tranche, ou de façon définitive, il n'y a pas lieu de poursuivre.

Comment présenter un co-thérapeute ?

On a vu que le premier temps explique la nécessité, les justifications, pour qu'un co-thérapeute soit proposé. Parmi les quatre ou cinq justifications possibles, mentionnons :

- l'approfondissement d'un aspect particulier dans le fonctionnement du patient, ou dans sa vie de couple, ou dans sa sexualité. Ceci illustre la nécessité d'un collègue ou d'un confrère plus spécialisé ;
- le besoin d'un autre avis permettant d'éclairer certains éléments de la dynamique relationnelle ;
- la nécessité d'une aide dans une prescription biologique ou pharmacologique. Ce type de prise en charge a reçu le nom de « thérapie bifocale », pour désigner la répartition entre un thérapeute orienté sur le traitement et un autre plus versé dans la psychothérapie ;
- la possibilité d'un thérapeute qui pourra éventuellement proposer une hospitalisation en cas d'aggravation ;
- l'idée d'un abord selon une autre référence théorique. Il arrive que le patient soit surpris par la proposition, mais il est aussi reconnaissant à son thérapeute de chercher un autre avis ou d'avoir un autre regard sur le processus relationnel qui est en cours. Parfois, à la suite d'une lecture ou d'une émission ou d'une conversation sur un blog, le patient interroge sur la pertinence d'une modalité spécifique.

Le choix de ce co-thérapeute peut être un choix forcé, par exemple par absence d'autres disponibilités de thérapeutes. Parfois, ce choix peut être guidé, et lorsque l'on est dans une ville où les ressources thérapeutiques sont nombreuses il convient d'en discuter avec le patient pour connaître son opinion. Dans cette discussion, le choix du sexe du thérapeute peut faire l'objet, au même titre que l'âge, d'une proposition. Il n'est pas inutile de fournir également quelques renseignements sur la manière de travailler, le style ou la manière d'être du thérapeute à qui l'on envisage de confier le patient.

Il faut impérativement revenir sur la possibilité de pouvoir discuter avec le co-thérapeute des objectifs du soin. Certains patients suscitent les clivages. Ils opposent un thérapeute à un autre, ou bien ils s'étonnent devant l'autre thérapeute des positions prises par le premier. Si les deux thérapeutes ne rentrent pas en contact à plusieurs reprises, ce type de co-thérapie ira vers l'échec. Il faut informer le patient de cette concertation. Lorsqu'une co-thérapie est mise en place, chaque thérapeute veille scrupuleusement à valoriser le travail de son collègue.

Certaines co-thérapies échouent parce que les aspects de présentation, l'objectif de leur mise en place, les temps progressifs n'ont pas été respectés.

Certains patients initient d'eux-mêmes des co-thérapies soit de façon officielle, soit de façon officieuse. De façon officielle, ils peuvent dire qu'ils souhaitent obtenir un autre avis ou qu'ils souhaitent avoir des renseignements par un autre thérapeute sur leur prise en charge. De façon officieuse, la même démarche est effectuée sans en informer le premier médecin. Dans certains cas, cette attitude prend des dimensions consuméristes et l'on assiste à des patients qui vont d'un médecin à un autre, ils confrontent les avis, ils se forgent une opinion, mais généralement ils ont du mal à entamer un travail spécifique avec l'un d'entre eux.

Un autre cas plus redoutable concerne les patients qui nouent une relation durable avec deux thérapeutes sans les informer de ce travail distinct. Un patient, suivi en psychothérapie depuis de nombreuses années, entame un suivi avec un addictologue pour ses problèmes d'héroïnomanie. Son psychothérapeute n'est pas informé de ses difficultés avec l'héroïne. Il n'est non plus pas informé de ses séances avec l'addictologue. De l'autre côté, l'addictologue sait juste qu'il existe un suivi psychothérapeutique sans en connaître les raisons.

Rôle de la supervision

Il faut insister sur le bénéfice qu'apporte une supervision de pratiques lorsque l'on est confronté à des patients difficiles. Le terme de supervision connaît plusieurs sens. En psychothérapie analytique, le superviseur

s'inscrit dans une démarche de formation où, après une psychanalyse didactique, le psychanalyste prend en charge un ou deux patients et en réfère à son superviseur pour déceler les mouvements inconscients, les dynamiques relationnelles, les aspects du transfert que le thérapeute aurait du mal à repérer. La supervision de pratiques représente une forme simplifiée, moins introspective. Le superviseur peut éclairer le thérapeute sur certaines zones à explorer, sur des insuffisances en matière de demande, de cadre ou d'exploration de certains aspects. La supervision de pratiques, outre son caractère formateur, permet de prendre une distance et un recul dans certaines situations difficiles.

Conclusion

En filigrane de ces éléments sur la manière d'effectuer le passage vers un autre thérapeute apparaissent différentes limites :

- les limites du thérapeute : tout thérapeute qui connaît ses limites et qui adresse son patient dans un adressage concerté et réel effectue son travail avec professionnalisme et honnêteté. Le patient le perçoit et l'idée d'avoir un autre avis lui semble souvent de bon aloi ;
- les limites du patient, pour lequel certaines prises en charge ou certaines formes de psychothérapie sont inadaptées. Il convient alors de mettre en place la meilleure thérapie possible ;
- les limites du contexte relationnel, où pour des raisons matérielles, individuelles ou intersubjectives, on perçoit qu'une relation ne pourra pas fonctionner.

Il existe enfin des adressages impossibles : les patients trop difficiles. Ces adressages sont en fait des abandons déguisés ; ils ne font l'objet d'aucune vraie concertation professionnelle. Même si un courrier suit, il reste souvent très général et reste évasif sur les vraies raisons de l'adressage. Mais l'idée de pouvoir passer la main et instaurer un lien de transition ou garder une prise en charge concertée reste profitable aux patients difficiles.

CHAPITRE 21

Des théories et des concepts en forme d'abécédaire

Les écrous et les boulons, les pièces à assembler, l'évolution des entretiens, autant d'éléments constitutifs d'une psychothérapie. Intentionnellement, ce chapitre ne figure pas au début car dans la réalité des faits, lorsque l'on se lance dans une psychothérapie, on lit rarement un mode d'emploi ou un guide avant de débiter. Par contre, à différentes étapes, on a besoin d'un éclairage théorique ou pratique. Cet éclairage permet de relancer un processus ou de comprendre certaines attitudes ou certains développements.

Avant de débiter cet abécédaire, il faut définir ce qu'est une psychothérapie.

Définition d'une psychothérapie

Une psychothérapie est une aventure humaine ; elle implique un choix entre un patient et un psychothérapeute. Elle utilise une relation essentiellement verbale entre les deux protagonistes. Elle précède, se combine ou s'oppose aux thérapies biologiques et médicamenteuses. Elle implique une demande d'amélioration vis-à-vis d'une souffrance individuelle, de symptômes psychiques, de défaillances de l'estime de soi, d'attitudes et de comportements.

Les relations humaines peuvent être soutenantes, consolatrices, réparatrices. Ce soutien provient de la famille, d'amis, de personnes de rencontre. Mais on ne parle de psychothérapie qu'à partir du moment où une théorie du fonctionnement psychique est utilisée, une compréhension de ces mécanismes est tentée. Un objectif d'amélioration de symptômes d'une manière d'être ou de réagir définit un but du soin. Lorsqu'une personne vous écoute, vous conseille, vous console, cette attitude est d'allure psychothérapeutique mais elle n'implique aucune approche structurée, réfléchie et ordonnée de soins. Pour cette raison, alors qu'un mouvement de compassion ou de réparation guide beaucoup d'éléments de la relation humaine entre proches, il convient de distinguer les aspects psychothérapeutiques que l'on réalise « sans le savoir », d'une approche plus structurée et plus réfléchie que réalise la psychothérapie.

Selon la technique en cause, il existe une infinie variété de psychothérapies. On peut cependant les séparer en 4 groupes : psychothérapies interprétatives, cognitives, de la communication et du rôle de la personne, de soutien.

Psychothérapies interprétatives

Le principe de l'interprétation consiste à faire des liens, jusque-là inaperçus pour le patient, entre des pensées, des émotions, des événements et leur signification inconsciente. Pour que ces interprétations possèdent une validité, elles doivent découler d'une fine observation des processus de pensée de la personne soignée. Mais l'interprétation tient compte de plusieurs facteurs, dont la réunion réalise l'originalité de la théorie freudienne. L'existence d'un inconscient définit un de ces facteurs essentiels ; accessible au travers du rêve, du fantasme, il ne se révèle qu'au fil des séances de la psychothérapie. La règle de la libre association des pensées ne signifie en aucun cas raconter n'importe quoi, mais sollicite le patient pour qu'il s'exprime de manière souple, libre, et que l'on puisse observer l'enchaînement des pensées, les émotions qui surgissent. Ainsi, des souvenirs qui semblaient effacés, oubliés, peuvent progressivement réapparaître, témoignant de leur importance pour le sujet. Cette réapparition est animée par une diminution des résistances et du refoulement ; c'est ainsi que progressivement des représentations ou des souvenirs extrêmement anciens peuvent surgir.

La notion de refoulement représente un autre concept très important. Il sous-entend un contenu et une force qui suscite le refoulement. Le contenu est directement lié à des conflits psychiques et à des représentations de pensées peu acceptables au niveau conscient ; elles concernent les tendances homosexuelles, la haine ou l'amour adressé à un de ses parents, l'hostilité d'une rivalité entre frère et sœur... La force qui anime le refoulement fait partie des forces internes ou pulsions qui agitent l'individu ; ces pulsions le conduisent à survivre, à aimer (on parle de libido), ou à s'autodétruire.

C'est le transfert qui représente un levier essentiel pour approfondir ces éléments de la vie psychique. Le transfert définit une réactualisation, sur un thérapeute neutre, d'une série de processus de pensées, d'émotions ou de sentiments, adressés ou portés, à l'origine sur les images des parents.

L'interprétation, qu'il s'agisse d'une émotion, d'un enchaînement de pensées, d'un rêve ou d'un comportement, n'est possible pour le psychothérapeute qu'en privilégiant une série de concepts liés au primat de la sexualité infantile, à l'existence de stades évolutifs, à des figures mythiques comme l'œdipe. Le psychothérapeute, au travers d'une psychanalyse personnelle ou d'une supervision, aura déjà éprouvé sur lui-même ces pensées et ce type d'émotions ; en écoutant attentivement ce que le

patient suscite en lui, de l'empathie à l'ennui, de l'hostilité à certains vécus corporels, il affinera progressivement la pertinence et la portée des interprétations. On assiste progressivement à une évolution, une transformation de la vie mentale du sujet, qui accède par étapes à une meilleure capacité de perception de ses mouvements de pensée et de la naissance de ses sentiments. La valeur des psychothérapies interprétatives découle de la finesse, de la subtilité et de la profondeur que peuvent acquérir certains patients dans la connaissance d'eux-mêmes.

La psychanalyse correspond à un cadre strict, fonctionnant à raison de 2 à 4 séances par semaine pendant plusieurs années, le patient n'étant pas face à son analyste.

Les psychothérapies d'inspiration analytique répondent à un cadre plus souple ; elles prennent en compte le transfert, les résistances, le refoulement. Elles se déroulent souvent en face-à-face, avec un rythme bien plus espacé de rencontres d'une fois par semaine ou par quinzaine avec le thérapeute.

Thérapies cognitives

Le terme de cognitif inclut et développe deux concepts majeurs : l'apprentissage et l'existence de schémas de pensées répétitifs.

- L'apprentissage postule l'intégration progressive, consciente ou inconsciente, de comportements, de style de pensées ou de modes de réaction émotionnels transmis par les parents où au fil d'expérience de vie : scolaire, sportive ou amicale. Cet apprentissage peut faire l'objet d'un repérage de la part du patient et aboutir à une stratégie de mise en place volontaire de nouveaux apprentissages pour se libérer des contraintes des précédents.
- Les schémas de pensées définissent des pensées presque automatiques, dont certaines sont néfastes. Leur caractère néfaste tient à différents aspects. D'une part, elles peuvent véhiculer en permanence des sentiments d'insuffisance, d'infériorité, des idées négatives : « je n'y arriverai jamais », « je suis toujours malchanceux », « je suis inférieur aux autres »... Mais il peut également s'agir de processus cognitifs particuliers, tels la pensée dichotomique (« ça passe ou ça casse »), l'abstraction sélective où l'on se focalise sur un détail en méconnaissant le reste, l'inférence arbitraire, où l'on déduit depuis quelques aspects en oubliant l'essentiel...

Les thérapies cognitives suivent un plan de marche. On reprend, pour une situation ou un comportement problématique, les pensées et les idées qui surgissent ; on définit pour quels événements et dans quelles circonstances elles apparaissent. On les relie à des émotions ou à des sentiments. Ainsi, on définit un ou des problèmes, on encourage l'auto-observation, on formule des hypothèses de traitement et des

objectifs. On propose de tester de nouvelles stratégies personnelles et l'on encourage les processus d'apprentissage par des exercices ou une pratique régulière entre les séances. Les thérapies cognitives et comportementales agissent au niveau conscient. Elles font appel à un réel effort pédagogique pour expliquer au patient et lui faire prendre conscience de toute une série de pensées qui le freinent ou le font souffrir. La plupart des thérapies cognitives et comportementales ont une durée relativement brève, puisque le nombre de séances peut varier autour d'une douzaine ou d'une quinzaine et amènent la thérapie à se dérouler sur un an environ. Seules les thérapies d'inspiration cognitive des troubles de la personnalité s'échelonnent sur des durées plus longues. L'avantage des thérapies cognitives réside dans une focalisation sur des objectifs thérapeutiques et des stratégies de soins directement repérables, facilement compréhensibles et permettant d'obtenir des résultats tangibles. Elles peuvent être une étape avant une autre forme de psychothérapie ou permettre une amélioration de qualité au niveau de symptômes gênants.

Thérapies de la communication et du rôle de la personne

Ces thérapies essaient d'améliorer les processus de communication. Elles cherchent à dénouer des interactions et des contextes relationnels complexes. Les interactions opposent les messages implicites ou explicites. Lorsque les messages implicites prennent le pas sur les messages explicites, on parle de double lien. Il s'agit de démonter des doubles messages où ce qui est dit verbalement est contredit par une posture, une intonation vocale ou un contexte. Ce type de contradiction peut être permanent, aboutissant à faire vivre l'entourage dans un système paradoxal continu. Une autre anomalie de communication relève d'une disqualification permanente d'un membre de la famille ou de l'utilisation d'un autre membre pour porter les messages. Ces situations sont extrêmement fréquentes : l'enfant messenger dans des contextes de divorce en est un exemple, un message explicite d'altruisme ou de renoncement contredit par des messages implicites d'être un sacrifié ou une victime permanente en est un autre. Les théories de la communication s'intéressent également aux fonctionnements familiaux ; il peut s'agir de l'étude des rôles et des assignations des responsabilités dans une famille ; la modification de ces rôles et leur transition lors de moments importants, comme le départ des enfants, le chômage d'un partenaire, la prise de la retraite, la séparation du couple...

Ces approches de la communication s'effectuent soit au niveau individuel, soit en agissant au niveau du groupe collectif qu'est la famille. Il n'est pas toujours possible de réunir à toutes les sessions

l'ensemble des membres d'un groupe familial ; cependant, si la plupart y assistent à quelques reprises, on repère assez facilement le rôle et la répétition des mécanismes de fonctionnement et de communication intrafamiliaux.

Psychothérapies de soutien

Leur principe s'appuie sur une confrontation, une clarification et une interprétation pour consolider ou soutenir un individu en difficulté. La psychothérapie de soutien utilise des conseils, des encouragements ainsi que l'approfondissement ou la définition des éléments problématiques.

Ces définitions simples posées, l'abécédaire peut débiter.

A

Alliance thérapeutique ou alliance de travail

L'alliance débute par le choix réciproque du thérapeute et du patient. Les motivations du choix d'un thérapeute sont innombrables ; elles peuvent inclure la recommandation d'un proche ou d'un médecin, la simple disponibilité pour un premier rendez-vous, l'accessibilité géographique, le sexe du thérapeute, un mode d'exercice particulier. Lorsque des patients ont eu plusieurs thérapeutes, il est souvent utile de leur demander les aspects positifs mais aussi les réticences ou les difficultés qu'ils ont pu avoir avec les thérapeutes antérieurs. Lorsqu'un patient critique systématiquement tous ses thérapeutes précédents, il faut se préoccuper de mécanismes de défense et de troubles de la personnalité.

Pourquoi un thérapeute accepte de débiter une psychothérapie avec un patient ? Là aussi les explications sont multiples : souhait de soulager ou d'améliorer, éléments de sympathie, points de similitude, raisons économiques lorsque l'on est jeune thérapeute... Cet aspect de l'alliance concernant les facteurs de ressemblance entre un patient et son thérapeute a reçu le nom de « dyade thérapeutique ». L'alliance thérapeutique implique que l'on ait bien défini ce qui doit être soigné ou amélioré. Elle nécessite une confiance de la part du patient envers son thérapeute. Elle implique que les deux protagonistes poursuivent un but thérapeutique commun, conforme aux souhaits du patient. Ceci réalise l'alliance de travail où patient et thérapeute agissent dans la même direction pour obtenir le but fixé.

L'alliance thérapeutique n'est pas gravée dans le marbre. Au fil d'une psychothérapie, elle peut se modifier, voire s'essouffler : « On répète toujours la même chose... Il ne m'écoute plus... J'ai l'impression qu'il ne fait plus attention à moi... ». Dans ce contexte, il reste

à comprendre pourquoi cet épuisement survient et quels en sont les facteurs : répétitions, difficultés d'introspection psychique, mise au premier plan d'éléments factuels de la vie quotidienne par opposition à une réflexion plus générale.

Ambivalence

L'ambivalence est une dimension clé de la psychothérapie. Définie à l'origine comme la présence simultanée de tendances, d'attitudes ou de sentiments contradictoires vis-à-vis d'une relation à quelqu'un, ce terme a été considéré comme un symptôme clé de la schizophrénie. Dans ses aspects plus quotidiens et plus simples, l'ambivalence explique les hésitations pour débiter une psychothérapie, les retards ou les manquements à des séances de soin ou à des consultations, les abandons de traitement. L'ambivalence reflète les contradictions de la vie psychique ; elle mérite d'être abordée dès le début d'un entretien : en quoi cela a-t-il été difficile de venir, qu'est-ce qui vous à fait hésiter ? La peur de passer ou d'être considéré comme un fou, la crainte que cela se sache, l'idée que l'on peut se soigner seul ou que l'on se connaît bien font partie des dimensions constitutives de l'ambivalence.

B

But d'une psychothérapie

Le premier but d'une psychothérapie vise à réduire la souffrance d'une personne, qu'il s'agisse de symptômes comme l'anxiété ou les phobies ou d'un mal-être plus général lié à l'estime de soi ou à sa personnalité.

Les buts de vie cherchent essentiellement à modifier une manière d'être, de réagir ou de fonctionner pour changer ou modifier en partie son existence. Les buts de vie permettent de fonder une famille, de quitter un emploi, de réaménager son existence différemment, plus en accord avec ses souhaits ou ses ambitions.

Les buts de compréhension sont également appelés « buts techniques ». Il s'agit d'améliorer la perception du sujet, vis-à-vis de ses mouvements de pensée, l'apparition de ses émotions et les liens entre des situations actuelles et des situations de son passé, autant d'éléments ayant un dynamisme, une vie propre, dont le sujet devient conscient et pour lesquels il peut mettre en place un système explicatif.

Si l'on devait résumer les buts d'une psychothérapie, on pourrait les caricaturer en disant moins souffrir, mieux fonctionner et mieux comprendre.

C

Cadre d'une psychothérapie

Tous les aspects « écrous et boulons » relèvent pour l'essentiel du cadre d'une psychothérapie. Le déroulement d'une séance, la position du patient et du thérapeute, le nombre de séances, le principe général d'écouter, de répondre ou de ne pas répondre, appartiennent au cadre psychothérapeutique. Ce cadre, comme pour un tableau, définit un espace et un temps particulier : celui des séances de psychothérapie. Le cadre peut se modifier : lorsqu'un médecin passe d'une consultation médicale simple à une consultation plus longue, il modifie le cadre. De façon analogue, s'il décide d'accorder un jour de consultation spécifique pour les psychothérapies, il s'agit d'un aménagement du cadre. La durée des consultations, leur rythme, leur déroulement appartiennent au cadre.

Parmi les ruptures de cadre, il faut en aborder deux.

- Les oublis de séance, les rendez-vous manqués. Lorsqu'il s'agit d'une circonstance exceptionnelle ou d'un fait unique, ceci relève de l'incident. La répétition des absences peut témoigner d'une désinvolture, d'un désir latent ou manifeste d'interrompre la psychothérapie, de difficultés à accepter les règles. De façon identique, les retards systématiques, les séances tronquées peuvent amener à discuter cet aspect avec le patient.
- Les interruptions fréquentes en cours de séance par le téléphone représentent les coups de canifs les plus fréquents portés au cadre relationnel. Beaucoup de thérapeutes ont choisi ou de ne pas répondre au téléphone ou d'autoriser un appel ou deux à condition qu'ils soient extrêmement brefs.

D

Demande de psychothérapie

Cette demande fait généralement suite à une souffrance interne et obéit à un temps de maturation parfois long, plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est souvent utile à la fin de la première ou de la deuxième consultation de préciser avec le patient quelle est sa demande essentielle. Ceci facilite l'alliance thérapeutique. On sera particulièrement attentif aux demandes que l'on sait portées par d'autres que le patient : son conjoint, sa famille. Lorsqu'un patient se présente en indiquant : « je viens vous voir car ma femme m'a indiqué que si je ne changeais pas elle me quitterait... », l'essentiel de la demande n'est pas porté par le patient.

Bien des processus psychothérapeutiques restent figés car la demande initiale n'est pas claire, voire même n'a pas été repérée. Il appartient au thérapeute de comprendre si la demande du patient correspond aux

possibilités techniques ou relationnelles du thérapeute. Il est souvent utile d'indiquer au patient ce que l'on pense pouvoir faire progresser au niveau de sa demande et les aspects qui paraissent plus difficiles voire impossibles à aménager ou à traiter. Certaines demandes sont humainement très coûteuses : accompagnement d'une personne mourante, évolution et prise en soins d'une maladie incurable. Dans les demandes complexes, il faut mentionner les demandes de soins imposées par la justice ou par une situation particulière : obligation de soins, sévices sexuels, abuseurs sexuels. Il arrive que vis-à-vis de ces patients, on éprouve le sentiment que leur propre demande demeure très en retrait malgré l'injonction thérapeutique qui leur est faite.

E

Empathie

L'empathie comporte deux facettes. L'une représente la capacité de comprendre, de percevoir les émotions, les difficultés internes d'un patient et la solitude ou les blessures qu'il ressent. L'autre facette inclut une forme de bienveillance et de sollicitude. Cependant, cette dimension reste un peu effacée, non manifestée, définissant une des dimensions de la distance entre le patient et son thérapeute. Trop empathique, un thérapeute peut entrer dans des dimensions de séduction, de rapprochement, voire même faciliter une forme de régression dans la relation thérapeutique. Le défaut d'empathie fait ressentir au patient son thérapeute comme distant, froid, peu intéressé ou peu impliqué par son cas. L'empathie comporte une capacité à comprendre et une propension à s'intéresser.

F

Fin d'une psychothérapie

En principe, la fin d'une psychothérapie se décide par accord mutuel, lorsque patient et thérapeute conviennent que certains buts ou objectifs ont été atteints. Dans cette perspective, il est souvent utile, de façon espacée mais régulière, de discuter des buts et des objectifs pour que le cadre temporel soit posé. La fin d'une psychothérapie est parfois décidée de façon unilatérale. Le patient peut déménager, le thérapeute peut avoir un ennui de santé ou obligé d'interrompre. Ces décisions unilatérales doivent être annoncées suffisamment longtemps à l'avance ; dans certains cas, elles permettent une avancée rapide de la psychothérapie et représentent une forme d'aiguillon ou de stimulation. Les abandons de psychothérapie sont souvent dictés par une incompréhension, une divergence des objectifs de soins ou un sentiment

de stagnation du processus thérapeutique. Si après quelques séances un patient ne revient plus, il convient légitimement de se demander quels points sensibles ou quels éléments traumatiques ont été touchés chez ce dernier. Si le patient revient, les questions doivent lui être posées.

Il existe des fins traumatiques de psychothérapie, soit par le décès du patient, soit liées au décès du thérapeute.

La fin d'une psychothérapie est considérée comme réussie, soit lorsque le patient peut clairement expliquer les progrès qu'il a pu faire et les bénéfices qu'il a pu obtenir, soit quand, lors d'une autre période difficile, le patient a pu intérioriser l'aspect bénéfique de la psychothérapie et choisir de recommencer un nouveau parcours.

G

Guide, gourous...

Un aspect essentiel d'une psychothérapie vise à favoriser l'émergence des solutions propres de la personne, celles dont elle dispose et qu'elle aurait tendance naturellement à choisir après réflexion. Le psychothérapeute se doit d'être un soutien, mais en aucun cas ne doit amener le patient à ses propres vues ou lui imposer sa manière de voir ou de raisonner. Une des critiques qu'un philosophe du ^{xx}e siècle, Ludwig Wittgenstein, a adressé à la psychanalyse concernait la proposition d'une « mythologie qu'elle offre et qu'elle impose ». Cette mythologie, soit personnelle et dérivée de la scène primitive ou de l'œdipe, soit liée aux mythes de l'antiquité, lui apparaissait comme une explication séduisante mais parfois facile. Wittgenstein a prôné la nécessité d'un sens critique « à la fois très fort, très aigu et d'une grande constance ». Ainsi, le psychothérapeute se gardera d'établir une forme d'emprise ou de maîtrise sur son patient, le patient se devant de conserver un esprit critique acéré tout au long du processus.

H

Honoraires

Fixés, selon l'expression « avec tact et mesure » ; ils peuvent fluctuer selon l'état financier du patient. Lorsqu'un patient n'a plus la capacité de régler une séance, on peut lui demander une participation symbolique. Le contexte varie selon que la thérapie ou les entretiens peuvent faire l'objet d'un remboursement (pour les médecins ou les psychiatres) ou non. On peut impliquer des adolescents dont les consultations sont réglées par les parents en leur demandant une participation symbolique personnelle : carte postale, photo... ou de se rendre utiles pour gagner le prix de leur traitement.

I

Interprétation

Le principe de l'interprétation consiste à faire des liens, jusque-là inaperçus pour le patient, entre des pensées, des émotions, des événements et leur signification inconsciente. Pour que ces interprétations possèdent une validité, elles doivent découler d'une fine observation des processus de pensée et d'une très bonne connaissance de l'histoire du sujet. Mais l'interprétation tient compte de plusieurs facteurs dont la réunion a réalisé l'originalité de la théorie freudienne : les résistances, le refoulement, l'inconscient.

L'interprétation est communiquée au patient ; le choix du moment et l'adaptation au contexte évitent d'en faire une interprétation sauvage à laquelle le patient n'était nullement préparé.

J

Jeu

Le jeu représente une façon d'entrer en relation avec les enfants ; il crée ce que Winnicott a nommé un « espace transitionnel » entre le thérapeute et le jeune patient. Le jeu représente une production de l'imaginaire. Non seulement il est intéressant de savoir à quoi un patient joue, mais il est aussi utile de savoir quelles sont les pensées qui accompagnent le jeu.

Il n'est pas rare de pouvoir partager un lien avec son patient autour d'un sport, d'un loisir ou d'un jeu électronique.

L

Liens

Un des aspects essentiels du travail psychothérapeutique consiste à faire des liens entre les pensées et les émotions, entre des événements passés et des faits présents. Ces liens appartiennent soit au processus privé du thérapeute, soit sont communiqués au patient. Ce dernier peut ainsi acquérir cette capacité de relier et de mettre en perspective ses actes, ses pensées, ses sentiments. La nature des liens découle de l'histoire du thérapeute, de celle du patient et du processus théorique en jeu dans la psychothérapie. En proposant un lien, une relation, on effectue une ouverture dans le processus de pensée, on tente d'imprimer une autre façon de voir et de comprendre.

M

Mécanisme de défense

Toute personne a besoin pour fonctionner de systèmes de protection, plusieurs, souvent semblables chez un sujet donné ; les mécanismes de défense les plus archaïques comprennent le déni, la projection de ses pensées chez autrui, le clivage. Les mécanismes les plus accomplis comprennent l'humour, l'anticipation, l'altruisme ou la sublimation. Entre ces extrêmes figurent des mécanismes comme le refoulement, la régression, le déplacement, l'annulation ou la formation réactionnelle. Il est important d'aider une personne à repérer ses mécanismes de défense, à les comprendre et parfois à pouvoir les contrebalancer.

Certains mécanismes archaïques suscitent des situations relationnelles problématiques : ne pas vouloir admettre lors du déni, opposer des « bons » et des « méchants » lors du clivage, imaginer qu'untel a des pensées hostiles contre quelqu'un lors de la projection.

N

Neutralité

Ce terme fait l'objet de différentes interprétations et a souvent été mal compris. À l'origine, l'idée visait à éviter la suggestion, la séduction ou toute entrave au processus de libre association dans la psychothérapie analytique. Puis, certains l'ont interprété comme une règle de silence et d'abstention. La neutralité n'interdit pas de préserver et de donner le sentiment d'une présence rassurante et bienveillante. La neutralité peut évoluer, devenant plus importante au fil de la construction d'une relation, mais laissant une part de questions, de soutien et de réponses au début des premiers entretiens. L'idée d'une page vierge relationnelle réalisant un dispositif expérimental ou se dévoilent les processus psychiques d'un patient demeure chez certains parfaitement incompréhensible et intolérable, d'où la nécessité d'une graduation et d'une adaptation aux besoins exprimés par le patient.

P

Processus

Le processus définit le style de la psychothérapie, le moment des interventions du thérapeute et leur impact en termes d'association d'idées, d'apparitions de rêves. Dans les aspects de processus, on étudie les mouvements transférentiels, les contre-attitudes. Dans le cadre

du processus psychothérapeutique interviennent des facteurs dits spécifiques et des facteurs non spécifiques.

Les facteurs spécifiques d'une psychothérapie représentent l'essence du processus. Pour la psychanalyse, il s'agit du transfert, de la régression dans le passé, de l'association libre, de l'intérêt pour les rêves et l'inconscient, des résistances. Pour les thérapies cognitives, il s'agit d'une analyse sémiologique, de la mise en situation, d'un système d'évaluation par des grilles, d'une explication de leurs symptômes de façon pédagogique.

Les processus non spécifiques sont nombreux : caractéristiques du patient et du thérapeute, aptitudes du patient, aptitudes du thérapeute...

R

Résistance à la psychothérapie

Certains patients restent totalement étrangers au processus psychothérapeutique, soit du fait de défenses de caractère, soit du fait de leur fonctionnement psychique. Les défenses de caractère rendent compte d'un dénigrement parfois teinté de dédain sur ces séances où on ne fait que parler, comme on discuterait avec un collègue ou avec une voisine. Il y a souvent des difficultés de souplesse et des systèmes défensifs verrouillés à l'origine de ces défenses de caractère. Certains fonctionnements opératoires ou personnalités dans le banal éprouvent la plus grande difficulté à comprendre la nécessité d'une réflexion sur ses émotions ou son fonctionnement psychique...

S

Soutien

Il s'agit de la forme de psychothérapie la plus pratiquée. Un psychanalyste, M. Balint, a utilisé le terme de « médicament médecin » pour définir la part thérapeutique que comporte la relation. La psychothérapie de soutien utilise l'écoute, la clarification, la confrontation, le dialogue, la réassurance. Dans le soutien actif, des ingrédients comme la valorisation, l'invigoration, les louanges, sont utilisés pour renforcer la personne et son estime de soi. Dans le soutien latent, plus passif, la présence empathique est mise en avant, avec la disponibilité, la réflexion et la co-pensée.

Supervision

Un des processus de qualité spécifique à la psychothérapie découle de la supervision. Un thérapeute supervisé rend compte régulièrement de

l'avancée et de l'évolution du cas qu'il traite. Qui est le superviseur ? Un thérapeute plus chevronné, plus ancien, pouvant prendre de la distance et réfléchir au processus thérapeutique qui se déroule. Le superviseur n'est pas là pour dire ce qui est juste ou faux ; il attire l'attention sur des points à explorer, des mouvements dans la relation, des aspects inapparents, en négatif, ou des mouvements internes du thérapeute. Il existe plusieurs types de supervision : la supervision psychanalytique fait partie du cursus de formation ; elle implique le travail personnel que fait le thérapeute sur lui-même, ce caractère didactique est pris en compte pour obtenir un titre dans certaines sociétés de psychothérapie. La supervision de pratique vise à améliorer la technique du soin et permet au fil du temps d'avoir des repères sur le suivi qui s'effectue. Certaines supervisions s'orientent vers la recherche autour des aspects de processus ou de la richesse des associations à la suite d'une interprétation. Les supervisions s'effectuent de manière individuelle ou en petits groupes, où chacun amène régulièrement l'évolution d'un cas qu'il suit. Cette possibilité de supervision où l'on expose sa pratique au regard d'autrui représente une véritable garantie de sérieux.

T

Transfert

Le transfert représente un levier essentiel pour approfondir les éléments de la vie psychique. Le transfert est défini comme une réactualisation sur un thérapeute neutre d'une série de processus de pensées, d'émotions ou de sentiments, adressés ou portés à l'origine sur les images des parents. Le transfert représente un levier important du changement en psychothérapie. Il peut être positif, quand le thérapeute est paré de plusieurs vertus et qualités, ou à l'inverse négatif quand des défauts, des imperfections sont mises en avant. Quant aux vécus et aux réactions du thérapeute, on parle de « contre-attitudes » dans une psychothérapie simple ; on réserve le terme de « contre-transfert » à des thérapies orientées sur le plan psychodynamique.

U

Unité psychosomatique

De la même façon qu'une maladie grave suscite des sentiments d'angoisse, de tristesse ou de peur, certaines circonstances pénibles de la vie s'accompagnent de maladies coronariennes, digestives ou de cancers. On doit à la fois explorer les circonstances et l'état émotionnel avant et au début d'une maladie, et les vécus qu'inspirent la maladie ou ses conséquences. L'idée d'une causalité linéaire n'a plus cours.

« Le chagrin qui ne se dit pas par les larmes s'exprime par les organes. » mentionnaient les vieux médecins ; on évoque plutôt de nos jours une causalité circulaire et multifactorielle. Toute maladie, selon la conception de Sami Ali, s'inscrit dans un processus relationnel et a partie liée avec le rapport à l'imaginaire. L'idée d'une unité psychosomatique permet de concevoir l'individu dans sa globalité, ne séparant en rien les affections du corps et de l'esprit mais essayant d'en comprendre les successions et les balancements.

V

Visiter ou re-visiter

Imaginons de comparer le psychisme à un grand musée dont on visite les salles : certaines sont bien connues, on les a déjà parcourus dans l'enfance avec ses parents. On les revisite à l'âge adulte au travers de ses souvenirs et avec un « guide thérapeute » qui éclaire avec vous des aspects méconnus ou restés inexpliqués. D'autres salles n'ont jamais fait l'objet de visites, elles semblent inintéressantes ou interdites d'accès : elles exposent des thèmes de sexualité, de l'amour interdit, des pensées de mort ou de haine. Bref, un enfer que l'on porte en soi. Mais ces salles font également partie du musée, elles le complètent, définissent des nuances et en composent sa singularité. Ces visites ne sont jamais identiques et révèlent en permanence des aspects méconnus ou nouveaux, comme si l'œil était chaque fois un peu différent.

Pour en savoir plus

- Abraham, G., & Andreoli, A. (1982). *La psychothérapie aujourd'hui*. Villeurbanne : Simep S. A. éditions.
- Andreoli, A. (2001). Un point de vue psychanalytique sur le rôle de la psychothérapie en situation de crise. *Psychothérapies*, 21 (2), 75–87.
- Bouchat, A., Radonic, I., & Devries, A. H. (2009). L'approche sexologique du couple : Une thérapie intégrative des troubles sexuels. *Psychothérapies*, 29 (2), 85–90.
- Collectif (1993). Pertes et deuils pathologiques. *Psychiatrie française*, 4 (93).
- Collectif (2007). *La relation entre psychisme et cancer. Les entretiens du Carla*, 8 et 9 mars 2007. J. B. conseil – Castelfadaise.
- Collectif (2009). Les Psychothérapies : Guide et bilan critique. Les grands dossiers des sciences humaines. *Sciences humaines*, 15.
- Darcourt, G. (2006). *La psychanalyse peut-elle être encore utile à la psychiatrie ?* Paris : Odile Jacob.
- De Perrot, E. (2006). *La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique*. Bruxelles : De Boeck université.
- Fédération française de psychiatrie (2001). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Conférence de consensus octobre 2000. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Ferreri, F., & Agbokou, C. (2009). Dépression unipolaire de l'adulte. *La revue du praticien Médecine Générale*, 23 (816), 127–131.
- Ferreri, M., & Legeron, P. (2002). *Travail, stress et adaptation : L'adaptation au travail, contrainte ou fait humain ?* Paris : Elsevier.
- Freud, S. (1913/1953). Le début du traitement. In *La technique psychanalytique*, chap. IX. Paris : Presses universitaires de France.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy: A basic text in core competencies in psychotherapy*. Washington, Londres: American Psychiatric Publishing.
- Gilliéron, E. (1996). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Gilson, M. (2008). Tous stressés. *Le Nouvel Observateur*, 2262.
- Gomez, H. (2007). *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris : Dunod, collection « Psychothérapies ».
- Gunderson, J. G., & Gabbard, G. O. (2000). Psychotherapy for personality disorders. In J. M. Oldham & M. B. Riba (dir.). *Review of Psychiatry*, 19. Washington: American Press.
- Kapsambelis, V. (2007). *L'angoisse*. Paris : PUF, collection « Que sais-je ? ».
- Kulick, E. M. (1985). On countertransference boredom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49 (2), 95–112.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, collection « Bibliothèque de psychanalyse ».
- Lebovici, S. (1980). La fin de la psychanalyse et ses modes de terminaison. *Revue française de psychanalyse*, 44 (2), 235–263.
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (1986). *The perspectives of psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Novalis, P. N., Rojcewicz, S. J., & Peele, R. (2005). *Clinical manual of supportive psychotherapy*. Washington: American Press.
- Perrin, D. (2009). Stress, le mal du siècle. *Challenges*, 189.
- Robinson, D. J. (2000). *Three spheres: A psychiatric interviewing primer*. London, Canada: Rapid Psychler Press.

- Sami-Ali (1987). *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris : Dunod, « collection Psychismes ».
- Shea, S. C. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique : L'art de la compréhension*. Paris : Elsevier.
- Stack Sullivan, H. (1970). *The psychiatric interview*. New York, Londres: W. W. Norton.
- Widlöcher, D., Marie-Cardine, M., Braconnier, A. et al. (2006). *Choisir sa psychothérapie : Les écoles, les méthodes, les traitements*. Paris : Odile Jacob.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., & Pinsker, H. (2004). Introduction to supportive psychotherapy. In G. O. Gabbard (dir.), *Core competencies in psychotherapy*. Arlington, E.-U. : American Psychiatric Publishing.

INDEX

A

accès à l'imaginaire 41
 accordage 9, 167
 adolescents 56
 adressage 6
 alcoolisme 75
 alliance thérapeutique 3, 22
 ambivalence 61
 angoisses de séparation 87
 annonce d'un diagnostic 59
 appels téléphoniques 8
 apsychnosie 78
 art de la compréhension 30
 art de la conversation 22
 attaques de panique 84
 avance de la parole 77

B

buts 32
 buts de vie 33

C

cadeaux 12
 cancer 60
 clarification 22
 clivage 75
 Coexistence pacifique 88
 compassion 21
 confrontation 73
 conversation, 158
 couple 105, 108
 crainte de la dépendance 55

D

décoration 7
 demande apparente 28
 demandes latentes 28
 déni 52
 déplacement 23
 dépression 91
 dépression d'épuisement 94

détachement 96

deuil 97
 deuil bloqué 100–102
 difficultés relationnelles 39
 durée des entretiens 9

E

empathie 20, 21
 Encourager 30
 ennui 46
 entretiens de salon de thé 37

F

flou de la demande 56
 fonction 27
 forme 27

G

Guidance du deuil 99

H

hallucinations de veuvage 99
 harcèlement moral 39
 hémorragie narcissique 45

I

impasses 32
 Incrustation visuelle 18
 interprétation 24, 74
 interprétation sauvage 24, 111

J

jardin secret 41

L

laisses électroniques 69
 licenciement 68

M

maladie grave 59
 masochisme 103

métaphore du guerrier 66
mise en perspective 23
mouvements internes 43

N

non-demande 52

O

ouvertes 16

P

peur 44
Philémon et Baucis (syndrome de) 101
phrases de transition 14
ponctualité 11
prise de notes 8
prix 11
psychothérapie interpersonnelle 95

Q

questions 16

R

réassurance 29
rechute 79
résistances 31
rêves 41

S

Saint Sébastien 35
salles d'attente 7
salon de thé, 158
scénarisation 25
schémas négatifs 94
Sécurité de l'entretien 12
séduction 48
séduction physique 49
sentiment d'échec 45
séparation amoureuse 105
silence 37
soutien 29
stress 83
stress post-traumatique 63
stress professionnel 67
suicide 91, 92, 95, 107, 118
syndrome de Philémon et Baucis 101

T

température 13
thème 37
traumatisme cumulatif 93
tristesse 91
troubles anxieux 83